2024
2025

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 2024–2025

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
Téléc. : 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 la ministre de la Santé, 2026

Date de publication : février 2026

À moins d'avis contraire, vous pouvez reproduire le contenu de cette publication ou ce produit en totalité ou en partie à des fins non commerciales, dans tout format, sans frais ni autre permission. Les reproductions ou distributions commerciales sont interdites sans obtenir la permission écrite de l'administrateur du droit d'auteur de Santé Canada. Pour obtenir une permission de reproduire du contenu appartenant au gouvernement du Canada pour des fins commerciales, communiquez avec pubsadmin@hc-sc.gc.ca.

Cat. : H1-4F-PDF
ISBN : 1497-9152
Pub. : 250431

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 1

MESSAGE DE LA MINISTRE 2

CHAPITRE 1 APERÇU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ 7

CHAPITRE 2 APPLICATION ET CONFORMITÉ 21

CHAPITRE 3 LES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN 2024–2025 . . . 36

Terre-Neuve-et-Labrador 39

Île-du-Prince-Édouard 60

Nouvelle-Écosse 74

Nouveau-Brunswick 97

Québec 116

Ontario 129

Manitoba 158

Saskatchewan 179

Alberta 199

Colombie-Britannique 227

Yukon 261

Territoires du Nord-Ouest 279

Nunavut 296

ANNEXE A LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ ET RÈGLEMENT CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS 313

ANNEXE B LETTRES D'INTERPRÉTATION DES POLITIQUES 339

ANNEXE C ÉTATS FINANCIERS DES MONTANTS RÉELS DE SURFACTURATION ET DE FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1ER AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023 360

ANNEXE D PLANS D'ACTION ET RAPPORTS D'ÉTAPE EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT 414

COORDONNÉES 438

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.

MESSAGE DE LA MINISTRE

C'est un honneur pour moi de servir la population canadienne en tant que ministre fédérale de la Santé à un moment où l'accès à des soins de santé de grande qualité en temps opportun est une priorité et de présenter au Parlement et aux Canadiens le Rapport annuel 2024–2025 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé.

Ce rapport met en lumière le travail collectif des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en vue de faire respecter les principes de la *Loi canadienne sur la santé* tout en veillant à ce que l'accès aux soins médicalement nécessaires soit fondé sur les besoins médicaux et non sur la capacité ou la volonté de payer. Ce travail qui s'inscrit également dans les priorités économiques du Canada selon lesquelles un système de soins de santé solide et accessible représente en quelque sorte le pilier d'une économie vigoureuse dans la mesure où il permet aux Canadiens de demeurer en bonne santé, productifs et aptes à participer pleinement au marché du travail.

Lors de la réunion des ministres de la Santé à Calgary, nous avons réaffirmé à tous les ordres de gouvernement notre engagement commun à prendre des mesures immédiates et continues afin d'offrir de meilleurs soins de santé aux Canadiens. Nous reconnaissons que notre système de santé est soumis à une pression considérable, tout comme les travailleurs de la santé qui dispensent des soins chaque jour, ce qui fait que trop de Canadiens se heurtent encore à des obstacles pour accéder aux soins dont ils ont besoin.

Ces défis ne sont pas nouveaux. Avant l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, on s'inquiétait beaucoup de l'érosion du régime public de soins de santé du fait que le système était soumis à une forte pression et que l'accès aux soins était menacé par l'augmentation des frais imposés aux patients :

> « *Il est évident qu'à moins d'un effort concerté pour s'engager à nouveau en faveur des principes de l'assurance-santé universelle, les lacunes en matière de couverture d'assurance continueront à se creuser. Il faut maintenant faire un choix. Souhaitons-nous, en tant que société, permettre à un nombre croissant de nos concitoyens de passer à travers les mailles de plus en plus larges de notre programme d'assurance-santé ou voulons-nous au contraire préserver et améliorer l'assurance-santé?* »
>
> Tiré de « Préserver l'assurance-santé universelle : Exposé de position du gouvernement du Canada » *(1983)*

La réponse apportée par le passé à ces défis a été un engagement en faveur d'un système de santé universel avec l'adoption à l'unanimité de la *Loi canadienne sur la santé* à la Chambre des communes. En tant que ministre de la Santé, je prends très au sérieux mon rôle de gardienne de la *Loi canadienne sur la santé*. Les Canadiens croient depuis longtemps que tous devraient pouvoir avoir accès aux soins médicaux nécessaires dans des conditions équitables, quelle que soit leur capacité de payer. Cette conviction demeure le fondement de notre système de santé public et c'est pourquoi l'amélioration de l'accès aux soins est pour moi une priorité absolue.

Depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* en 1984, la prestation des soins de santé a évolué, tout comme l'interprétation de celle-ci, afin de suivre cette évolution. Je félicite les provinces et les territoires pour leurs efforts novateurs visant à élargir le champ d'exercice des professionnels de la santé agréés afin de leur permettre de répondre aux besoins croissants des Canadiens. Cependant, l'innovation devrait profiter à tous et nous devons poursuivre nos efforts afin de veiller à ce que les Canadiens n'aient pas à payer pour des services déjà financés par leurs impôts. La Politique sur les services de la Loi canadienne sur la santé précise que les services médicalement nécessaires, qu'ils soient fournis par un médecin ou par un autre professionnel de la santé agréé, telle une infirmière praticienne, dont le champ d'exercice lui permet de les fournir, devraient être couverts par les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux. Bien que cette politique entre en vigueur dès le 1er avril 2026, les provinces et les territoires ne seront tenus de signaler qu'à compter de décembre 2028, le cas échéant, tout frais imposé aux patients pour des services équivalents à ceux d'un médecin.

Nous poursuivrons également notre collaboration et ferons progresser les initiatives prévues dans le cadre du plan *Travaillons ensemble afin d'améliorer les soins de santé pour les Canadiens*, qui bénéficie d'un investissement fédéral de près de 200 milliards de dollars sur dix ans. Cela comprend 25 milliards de dollars pour faire avancer les priorités communes en matière de santé avec les provinces et les territoires, notamment les efforts visant à élargir l'accès aux services de santé familiale, à optimiser les ressources humaines en santé, à améliorer les soins en matière de santé mentale et de toxicomanie et à moderniser les systèmes de santé pour qu'ils répondent mieux aux besoins des patients et des prestataires.

À un moment où l'unité nationale devient plus importante que jamais auparavant, et ce, tant pour préserver nos acquis dans le domaine des soins de santé qu'à travers tous les aspects de notre avenir commun, nous poursuivrons nos efforts en vue de renforcer nos partenariats avec les provinces et les territoires afin de toujours œuvrer pour ce qui compte vraiment, c'est-à-dire la santé et le bien-être de tous les Canadiens.

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

BILAN DE L'ANNÉE 2024–2025

Le 9 janvier 2025, la nouvelle Politique sur les services de la Loi Canadienne sur la santé a été annoncée. Elle confirme que les patients ne devraient pas se voir imposer de frais pour des services médicalement nécessaires fournis par des professionnels de la santé agréés, tels que les infirmières et infirmiers praticiens, les pharmaciens ou les sages-femmes, alors que ces services seraient couverts s'ils étaient fournis par un médecin.

La politique entrera en vigueur le 1er avril 2026 mais les provinces et territoires ne devront commencer à signaler tout frais imposé aux patients pour ces services qu'à compter de décembre 2028, le cas échéant.

En 2024–2025, le gouvernement fédéral a transféré plus de

52,1 milliards de dollars

aux provinces et aux territoires au titre du Transfert canadien en matière de santé afin de les aider à fournir des soins financés par des fonds publics.

En 2024–2025, environ

1,04 milliards de dollars

ont été versés de manière réciproque par les provinces et les territoires, à l'exception du Québec, pour les services hospitaliers et médicaux assurés fournis à des résidents hors de leur province ou territoire d'origine dans le cadre d'ententes de facturation réciproque conclues entre les provinces et les territoires.

En mars 2025, plus de

62,2 millions de dollars

ont été déduits des montants versés au titre du Transfert canadien en matière de santé à T.-N.-L., à la N.-É., au N.-B., au Qc, à l'Ont., à la Sask., à l'Alb., à la C.-B. et aux T. N.-O., en raison des frais imposés aux patients pour des services médicalement nécessaires.

Grâce aux mesures prises pour s'assurer que les patients ne se voient pas imposer de frais pour des services médicalement nécessaires, en mars 2025,

plus de 51,9 millions de dollars

ont été remboursés à T.-N.-L., à la N.-É., au N.-B., au Qc, à l'Ont., à l'Alb.et à la C.-B. Plus de 226,9 millions de dollars ont été remboursés aux provinces depuis 2018.

CHAPITRE 1

APERÇU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

L'ASSURANCE MALADIE AU CANADA

Le régime public d'assurance-santé à payeur unique du Canada, appelé « assurance maladie », est financé par un régime fiscal progressif qui permet de mettre les risques en commun et de partager les coûts avec tous les Canadiens. Le système de santé actuel s'est mis en place au cours de plus de sept décennies. En 1947, la Saskatchewan a été la première province à établir une assurance hospitalisation publique universelle à tous ses résidents. Dix ans plus tard, en 1957, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, afin d'encourager les provinces et les territoires à offrir cette couverture. En 1961, toutes les provinces et tous les territoires offraient une assurance hospitalisation publique.

En 1962, la Saskatchewan a de nouveau pris les devants en introduisant la couverture des services médicaux. Le gouvernement fédéral a emboîté le pas avec la *Loi sur les soins médicaux* en 1966. En 1972, les services médicaux étaient couverts dans toutes les provinces et tous les territoires du pays.

En 1979, une étude du système de santé a été réalisée par le juge Emmett Hall à la demande du gouvernement fédéral. Elle a révélé que les soins de santé au Canada figuraient parmi les meilleurs au monde. Toutefois, elle mettait également en garde contre le fait que les hôpitaux et les médecins qui imposaient des frais supplémentaires aux patients créaient des obstacles aux soins. Cet examen et le débat national qui a suivi ont conduit à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, qui a codifié les principes nationaux régissant le financement fédéral des services hospitaliers et médicaux et a ajouté des interdictions concernant les frais imposés aux patients qui menaçaient de compromettre l'accès universel aux soins. La *Loi canadienne sur la santé* a été adoptée à l'unanimité par la Chambre des communes en 1984.

> **« …en tant que société, nous sommes conscients du fait que les traumatismes découlant de la maladie, la douleur des opérations chirurgicales et le lent déclin vers la mort représentent un fardeau suffisant pour l'être humain sans avoir à y ajouter celui des frais médicaux ou hospitaliers supplémentaires venant accabler le patient au moment où il se trouve le plus vulnérable. Les Canadiens ont choisi de s'unir pour pouvoir régler les frais médicaux et hospitaliers lorsqu'ils sont encore en santé et disposent d'un revenu. Les services de santé ne doivent plus être achetés au magasin et payés à la caisse. Et les frais à payer ne doivent plus faire l'objet d'un marchandage au moment où on les reçoit. Comme l'éducation, ils représentent un besoin fondamental que les Canadiens peuvent satisfaire collectivement et payer par le biais des impôts. »**
>
> Juge Emmett M. Hall, Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980, « Un engagement au renouveau » (Examen des services de santé, 1979-1980), chapitre 1, p. 6, 29 août 1980.

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

Au Canada, les rôles et les responsabilités en matière de santé sont partagés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, conformément à la répartition constitutionnelle des pouvoirs.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont la compétence principale en matière d'administration et de prestation des soins de santé. Cela comprend l'établissement de leurs propres priorités, la gestion de leurs budgets de santé et la gestion de leurs propres ressources.

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral fixe les conditions que les provinces et les territoires doivent remplir pour recevoir un financement fédéral en matière de santé au titre du Transfert canadien en matière de santé. La Loi vise à garantir que les Canadiens puissent avoir accès aux services hospitaliers et médicaux, sur une base prépayée, sans avoir à payer de frais supplémentaires.

Tous les services de santé ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*. Les services non assurés comprennent les soins non nécessaires sur le plan médical, tels que l'hébergement préférentiel, les services infirmiers privés, la fourniture de téléphones et de téléviseurs, les interventions esthétiques et les services administratifs comme les certificats médicaux ou les transferts de dossiers.

Les provinces et les territoires peuvent également offrir des programmes supplémentaires, en plus des services qu'ils fournissent en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, tels que les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires, les services d'ambulance et l'optométrie. Ces services sont fournis à la discrétion des provinces, souvent à l'intention de groupes spécifiques, et leur couverture et leur financement varient selon les provinces ou territoires.

Au cours de l'exercice 2024-2025, le gouvernement fédéral a transféré 52,1 milliards de dollars aux provinces et aux territoires au titre du Transfert canadien en matière de santé, leur fournissant ainsi une base de financement stable et souple qui soutient leurs systèmes de soins de santé. De plus amples renseignements sur les ententes de financement fédérales, provinciales et territoriales sont disponibles sur le site Web du ministère des Finances.

En plus du Transfert canadien en matière de santé, le budget de 2025 a reconfirmé le plan du gouvernement fédéral, intitulé Travailler ensemble afin d'améliorer les soins de santé pour les Canadiens, qui prévoit 25 milliards de dollars sur 10 ans pour améliorer l'accès aux services de santé familiale, de santé mentale et de toxicomanie, soutenir le personnel de la santé et moderniser les systèmes de santé, ainsi que 8,1 milliards de dollars pour améliorer l'accès aux soins à domicile et communautaires et aux soins de longue durée sécuritaires

Les accords initiaux avec les provinces et les territoires ont été conclus en mars 2024, fondés sur des principes fondamentaux, notamment un engagement mutuel à respecter la *Loi canadienne sur la santé*. Le plan Travailler ensemble représentait un investissement important visant à garantir un accès équitable aux services de santé partout au Canada, en favorisant la collaboration entre les autorités fédérales, provinciales et territoriales afin de relever les défis systémiques et d'améliorer la prestation des soins de santé. Parmi les premiers signes de progrès, mentionnons l'augmentation du nombre de professionnels

de la santé, une plus grande disponibilité des services intégrés de santé mentale pour les jeunes et un nombre d'interventions chirurgicales plus élevé qu'avant la pandémie. Forts du succès de ces accords initiaux, nous travaillons actuellement avec les provinces et les territoires afin de donner accès au reste des investissements prévus dans le cadre du plan Travailler ensemble.

TERMES CLÉS DÉFINIS EN VERTU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Les **services de santé assurés** sont les services hospitaliers, médicaux et chirurgicaux-dentaires médicalement nécessaires (lorsqu'ils doivent être dispensés à l'hôpital pour être effectués en toute sécurité).

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

Les **personnes assurées** désignent les résidents d'une province ou d'un territoire. Cela n'inclut ni les touristes, ni les personnes de passage ou les visiteurs de la province.

Certains groupes sont exclus de la définition de « personnes assurées » de la Loi, notamment les membres des Forces armées canadiennes et les détenus fédéraux, qui sont couverts par des programmes fédéraux distincts. Ces exclusions sont antérieures à la Loi et ne limitent pas l'accès aux soins de santé publics.

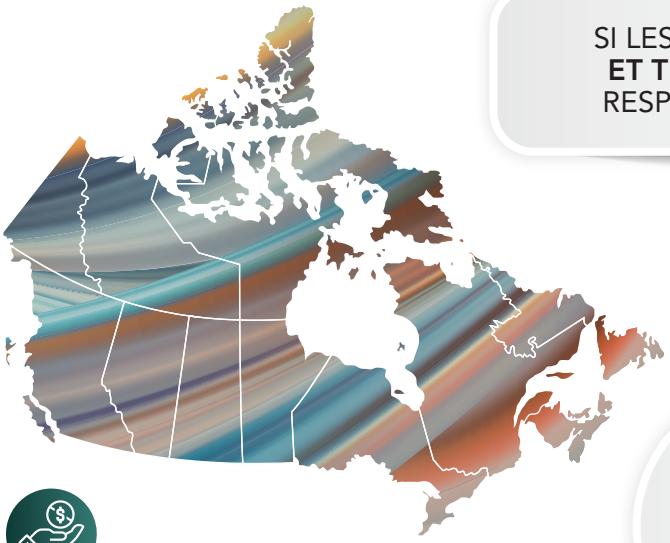
Un **praticien de la santé** est une personne légalement autorisée, en vertu de la loi d'une province, à fournir des services de santé.

EXIGENCES DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Pour avoir droit à la pleine contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé, les régimes d'assurance maladie des provinces et des territoires doivent satisfaire aux neuf exigences de la *Loi canadienne sur la santé*, notamment :

- cinq critères de programme qui s'appliquent uniquement aux services hospitaliers et médicaux (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.

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ



SI LES **PROVINCES ET TERRITOIRES** RESPECTENT LES

5 CRITÈRES ET 2 CONDITIONS

- GESTION PUBLIQUE
- INTÉGRALITÉ
- UNIVERSALITÉ
- TRANSFÉRABILITÉ
- ACCESSIBILITÉ
- RENSEIGNEMENTS
- RECONNAISSANCE

ET VEILLENT À CE QUE **LES PATIENTS NE SE VOIENT PAS IMPOSER DE FRAIS POUR DES SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS SOUS FORME DE SURFACTURATION OU DE FRAIS MODÉRATEURS**

ILS ONT DROIT À LA TOTALITÉ DE LEUR **TRANSFERT CANADIEN EN MATIÈRE DE SANTÉ**

LES CRITÈRES

La gestion publique (article 8) exige que les régimes d'assurance maladie soient gérés par une autorité publique, sans but lucratif, et qu'ils rendent des comptes à leurs gouvernements respectifs et soient soumis à des audits publics.

Ce critère n'interdit pas la prestation privée. Les services assurés peuvent être fournis par des établissements ou des praticiens privés à condition que le régime public les paie et que les patients n'aient rien à débourser.

L'intégralité (article 9) exige que les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux couvrent tous les services hospitaliers, médicaux et chirurgicaux-dentaires assurés.

La *Loi canadienne sur la santé* ne définit pas la nécessité médicale. En effet, les provinces et les territoires ont la compétence principale en matière d'administration et de prestation des services de santé, y compris la détermination des services à couvrir dans le cadre de leurs régimes publics d'assurance maladie.

Les services assurés ne comprennent pas ceux fournis en vertu d'une autre loi du Parlement. Il s'agit, par exemple, des services fournis aux détenus des pénitenciers fédéraux ou aux membres des Forces armées canadiennes, ainsi que des services couverts par la législation provinciale ou territoriale sur les accidents du travail.

L'universalité (article 10) donne à tous les résidents assurés d'une province ou d'un territoire le droit de bénéficier de services de santé assurés selon des modalités et conditions uniformes.

L'admissibilité à la couverture d'assurance maladie n'est pas fondée sur la citoyenneté, mais plutôt sur la résidence dans une province ou un territoire. Les provinces et les territoires exigent généralement que les résidents s'inscrivent au régime pour établir leur admissibilité.

La transférabilité (article 11) garantit le maintien de la couverture santé lorsque les résidents déménagent à l'intérieur du pays ou voyagent au Canada ou à l'étranger. Lorsqu'ils déménagent dans une autre province ou un autre territoire, le régime de leur province d'origine couvre les services assurés pendant la période d'attente (jusqu'à trois mois) avant que le nouveau régime ne commence. Les résidents doivent informer leur régime d'origine et s'inscrire au nouveau régime afin d'éviter toute interruption de couverture.

Pour les absences temporaires au Canada, le régime d'assurance maladie de la province d'origine rembourse selon les tarifs en vigueur dans la province d'accueil.

Pour les absences à l'extérieur du Canada, le régime d'assurance maladie de la province d'origine rembourse selon ses propres tarifs, et une demande de remboursement doit être présentée.

Le critère de transférabilité vise à permettre à une personne de recevoir les services médicalement nécessaires en cas d'urgence ou de besoin urgent lorsqu'elle est temporairement absente (p. ex. pour des raisons d'affaires ou des vacances). Toutefois, il ne donne pas le droit aux résidents

de bénéficier de services facultatifs (non urgents) ou de délais d'attente plus courts à l'extérieur de leur province ou territoire d'origine. Une autorisation préalable peut être requise pour les soins non urgents obtenus à l'extérieur de la province ou du territoire d'origine.

Voir le chapitre 2, Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé, pour plus de détails sur la manière dont les provinces et les territoires soutiennent la transférabilité au Canada.

L'accessibilité (article 12) exige un accès raisonnable aux services assurés selon des modalités uniformes. L'accès ne doit pas être entravé par des frais imposés (comme de la surfacturation ou des frais modérateurs) ou par une discrimination fondée sur des facteurs tels que l'âge, la race, l'état de santé ou la situation financière.

Les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux doivent également rémunérer les médecins et les dentistes pour les services assurés et payer aux hôpitaux le coût de ces services.

LES CONDITIONS

Renseignements (alinéa 13a)

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

Reconnaissance (alinéa 13b)

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

LES DISPOSITIONS

La surfacturation et les frais modérateurs (articles 18 à 21) sont collectivement appelés « frais imposés aux patients » et sont interdits en vertu de la Loi, car ils créent des obstacles aux soins. S'il est confirmé que de la surfacturation ou des frais modérateurs existent dans une province ou un territoire, la Loi exige une déduction obligatoire d'un montant équivalent aux paiements au titre du Transfert canadien en matière de santé versés à cette province ou à ce territoire.

Il y a surfacturation (article 18) lorsqu'un médecin inscrit (ou un dentiste inscrit fournissant des services chirurgicaux et dentaires assurés) facture à une personne assurée un montant supérieur à celui payable par le régime public pour un service assuré.

Les frais modérateurs (article 19) sont des frais pour des services assurés autres que la surfacturation. Tout frais exigé comme condition pour bénéficier d'un service assuré est un frais modérateur. En d'autres termes, si des frais étaient imposés aux patients comme condition pour bénéficier de services de santé assurés, ces frais seraient considérés comme des frais modérateurs.

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 permet au gouvernement fédéral d'établir des règlements pour l'application de la Loi. Ceux-ci comprennent :

- la définition des « services complémentaires de santé » (p. ex. les soins en maison de repos et les soins à domicile);
- la spécification des services exclus de la couverture hospitalière;
- la définition des exigences relatives à la soumission de renseignements par les provinces et les territoires au ministre fédéral de la Santé;
- la description de la manière dont les provinces et les territoires doivent reconnaître le Transfert canadien en matière de santé.

Le seul règlement en vigueur est le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*. Celui-ci exige que les provinces et les territoires soumettent chaque année à Santé Canada un rapport sur les frais imposés aux patients (voir l'annexe A).

DISPOSITIONS RELATIVES AUX PÉNALITÉS

Pénalités obligatoires

Les provinces et les territoires qui autorisent les frais imposés aux patients sont soumis à des déductions obligatoires équivalentes au montant total des paiements versés au titre du Transfert canadien en matière de santé.

Concrètement, si des frais sont imposés aux patients, le paiement versé à la province ou au territoire au titre du Transfert canadien en matière de santé doit être réduit d'un montant équivalent aux frais imposés aux patients (c.-à-d. au dollar près).

Les déductions sont généralement fondées sur les rapports provinciaux ou territoriaux, comme l'exigent le règlement. Si ces rapports contiennent des informations manquantes ou incomplètes, Santé Canada est tenu d'estimer les montants en consultation avec la province ou le territoire.

Pénalités discrétionnaires

Le non-respect de l'un des cinq critères ou des deux conditions de la Loi peut entraîner des pénalités discrétionnaires. Le montant de la déduction dépend du niveau de non-conformité et doit être approuvé par le Cabinet. Une consultation avec la province ou le territoire est requise avant l'application de toute pénalité discrétionnaire. À ce jour, aucune pénalité discrétionnaire n'a été appliquée.

MAINTENIR LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ À JOUR

Lettres d'interprétation

Lorsque les changements apportés au système de santé ont entraîné des frais pour les patients, les ministres fédéraux de la Santé ont publié des précisions sur l'intention et l'application de la Loi au moyen de lettres d'interprétation adressées à leurs homologues provinciaux et territoriaux.

Quatre lettres d'interprétation ont été publiées depuis l'entrée en vigueur de la Loi. On les trouve à l'annexe B.

Précisions sur l'application de la Loi canadienne sur la santé (1985)

Un an après l'adoption de la Loi, cette lettre fournissait des détails sur la manière dont celle-ci serait appliquée et soulignait le changement fondamental qu'elle apportait, à savoir l'interdiction de facturer aux patients les services assurés. Cette lettre demeure une référence importante pour évaluer et interpréter la conformité à la Loi.

Politique fédérale sur les cliniques privées (1995)

La Politique fédérale sur les cliniques privées précisait que les frais imposés aux patients pour les services assurés dans les cliniques privées sont assujettis à des pénalités obligatoires en vertu de la Loi. La lettre indiquait que la définition d'hôpital contenue dans la Loi englobe tout établissement qui fournit des soins actifs, des soins de réadaptation ou des soins chroniques.

La Politique de remboursement (2018) et la Politique des services diagnostiques (2020) et le renforcement des obligations de déclaration en vertu de la Loi

La Politique des services diagnostiques précise que les patients ne devraient pas avoir à débourser d'argent pour les services médicalement nécessaires, y compris les services diagnostiques, qu'ils soient fournis dans un établissement de santé public ou dans une clinique privée.

La Politique de remboursement permet aux provinces et aux territoires d'être remboursés pour les déductions obligatoires lorsqu'ils éliminent les frais imposés aux patients pour les services assurés et les circonstances qui ont conduit à ces frais dans un délai déterminé.

Le renforcement des obligations de déclaration en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* vise à garantir que Santé Canada dispose des informations nécessaires pour évaluer avec précision la conformité à la Loi, ainsi qu'à accroître la transparence pour le Parlement et les Canadiens en ce qui concerne les modalités d'application de la Loi et l'état du système d'assurance maladie public.

Politique sur les services de la Loi canadienne sur la santé (2025)

La Politique sur les services de la Loi canadienne sur la santé précise que les patients ne doivent pas avoir à débourser d'argent pour les services médicalement nécessaires fournis par des professionnels de la santé agréés si ces mêmes services sont couverts par les régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance maladie lorsqu'ils sont fournis par un médecin. La politique garantit que l'ensemble des services hospitaliers et médicaux assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* continuent d'être assurés à mesure que le système de santé évolue.

La Politique sur les services entrera en vigueur le 1er avril 2026. Les provinces et les territoires rendront compte des frais imposés aux patients pour des services équivalents à ceux fournis par un médecin à compter de décembre 2028.

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 ne se voient pas imposer de frais pour les services de santé assurés. En fait, la prestation des soins de santé au Canada relève en grande partie du secteur privé. Les médecins de famille facturent le plus souvent le régime de soins de 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 pris en charge par le secteur privé. Enfin, dans de nombreuses provinces et territoires, des établissements privés sont engagés par contrat afin de 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. Ces soins sont financés par les recettes fiscales des provinces, des territoires et du gouvernement 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 inadéquats pour des services de santé assurés, veuillez contacter 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 me servir de 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 permet pas de faire appel à des listes d'attente plus courtes dans d'autres provinces ou territoires. Bien que vous soyez couvert pour les services de santé lors d'absences temporaires de votre province ou territoire de résidence, une autorisation 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 devez vous inscrire pour bénéficier d'une couverture, puis de maintenir votre admissibilité en renouvelant votre couverture et en demeurant dans votre province ou territoire d'origine 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 des raisons scolaires, professionnelles ou autres, 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 législatif assez court qui établit des normes de très haut niveau. La Loi ne mentionne pas de problèmes de santé particuliers, 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 concernant 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 répandue et qui peut s'avérer très coûteuse dans certaines circonstances. Le régime d'assurance-santé garantit que si vous quittez votre province ou votre territoire pendant quelques heures, quelques jours ou quelques semaines, vous bénéficierez toujours d'une couverture pour les services médicaux d'urgence. Il en va de même en cas de déménagement dans une autre province ou un autre territoire. Toutefois, les services hospitaliers et médicaux couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ne sont pas les seuls services dont vous pourriez avoir besoin lorsque vous vous trouvez à l'extérieur de votre province ou territoire habituel. Certains services qui ne sont pas couverts par la Loi (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 la raison pour laquelle vous devez vous assurer que vous disposez d'une couverture adéquate lorsque vous voyagez ou déménagez à l'intérieur du pays.

CHAPITRE 2

APPLICATION ET CONFORMITÉ

CONFORMITÉ À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

La Division de la Loi canadienne sur la santé surveille le fonctionnement des régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux et conseille le ministre concernant les cas possibles de non-conformité à la Loi. Les renseignements sont recueillis auprès des fonctionnaires provinciaux et territoriaux, dans des publications, auprès d'organisations non gouvernementales, dans les médias et dans la correspondance provenant directement des Canadiens.

Le personnel de la division évalue les sujets de préoccupation au cas par cas, recueille des faits et collabore avec les fonctionnaires provinciaux ou territoriaux. De nombreux problèmes sont résolus rapidement, car ils découlent souvent de malentendus ou de problèmes de communication au sujet de la couverture ou de la transférabilité des soins de santé.

Si, après les premières enquêtes, un problème persiste, la division demande à la province ou au territoire concerné d'enquêter et de lui faire rapport. Ce n'est que lorsque le problème reste non résolu qu'il est porté à l'attention du ministre fédéral de la Santé.

DÉDUCTIONS AND REMBOURSEMENTS EN VERTU DE LA LOI

Dans l'ensemble, les régimes d'assurance maladie 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 d'entre elles concernent les problèmes d'accessibilité, et plus particulièrement les frais imposés aux patients pour obtenir des services de santé ou de diagnostic médicalement nécessaires dans les cliniques privées.

Chaque année, les provinces et les territoires soumettent à Santé Canada des états financiers détaillant la surfacturation et les frais modérateurs (frais imposés aux patients). Ces états financiers servent à déterminer si des déductions doivent être effectuées sur les paiements au titre du Transfert canadien en matière de santé. Les déductions sont généralement fondées sur les renseignements fournis par la province ou le territoire; toutefois, lorsque les renseignements sont manquants ou incomplets, Santé Canada utilise les meilleurs renseignements disponibles pour calculer le montant des frais imposés aux patients. Ce processus comprend une consultation avec la province ou le territoire concerné. Ces états financiers (ainsi que les Plans d'action en matière de remboursement) servent également à déterminer les remboursements aux provinces et aux territoires.

Santé Canada a conclu une entente avec Statistique Canada afin de mener une enquête directement auprès des cliniques privées (Enquête auprès des cliniques de soins de santé au Canada) afin de mieux comprendre la situation des cliniques privées, les services qu'elles offrent et les obstacles auxquels les patients peuvent être confrontés pour y avoir accès. Les données de la première année de l'enquête ont été publiées en janvier 2025 pour l'exercice 2022–2023. La première année de l'enquête s'est concentrée sur les cliniques de diagnostic par IRM, TDM et échographie, et les provinces et territoires ont utilisé ces données pour établir leurs états financiers annuels des frais imposés aux patients soumis à Santé Canada pour 2025.

En mars 2025, un total de 62 204 582 dollars de déductions et de 51 901 885 dollars de remboursements ont été effectués sur les paiements au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) versés aux provinces et aux territoires

TERRE-NEUVE ET LABRADOR

En mars 2025, un montant de 3 787 $ a été déduit des paiements au titre du TCS versés à Terre-Neuve-et-Labrador en raison de la facturation à un seul patient de services liés à la cataracte. La province ayant mis en œuvre des mesures réglementaires et politiques visant à renforcer l'interdiction de facturer ces services aux patients, comme le précise son Plan d'action en matière de remboursement (PAR), la déduction a été immédiatement remboursée à la province.

NOUVELLE ÉCOSSE

En mars 2025, un montant de 720 635 $ a été déduit des paiements au titre du TCS de la Nouvelle-Écosse en raison des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires. La province a mis en œuvre avec succès un PAR afin d'éliminer ces frais et les circonstances qui les ont entraînés. Pour ce faire, elle a conclu un contrat avec la clinique en question afin qu'elle fournisse des services diagnostiques assurés pris en charge par le régime d'assurance maladie, ce qui a permis le remboursement des déductions de mars 2023, 2024 et 2025, pour un montant total de 3 792 929 $.

NOUVEAU-BRUNSWICK

En mars 2025, un montant de 850 835 $ a été déduit des paiements au titre du TCS versés au Nouveau-Brunswick en raison des frais imposés aux patients pour des services d'avortement assurés (130 200 $) et des services diagnostiques médicalement nécessaires (720 635 $).

La province a mis en œuvre avec succès un PAR afin d'éliminer les frais imposés aux patientes pour les avortements ainsi que les circonstances qui ont conduit à leur imposition. La province a abrogé les dispositions réglementaires qui limitaient la couverture des services d'avortement aux seuls hôpitaux. Cette question est désormais considérée comme résolue et les déductions au titre du TCS pour mars 2024 et 2025 ont été remboursées à la province, pour un montant total de 239 475 $.

QUÉBEC

En mars 2025, un montant de 35 249 525 $ a été déduit des paiements versés au Québec au titre du TCS en raison des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires. En reconnaissance des efforts continus visant à améliorer l'accès à ces services et à éliminer les frais imposés aux patients, un remboursement partiel immédiat de 21 149 715 $ a également été accordé.

ONTARIO

En mars 2025, un montant de 26 240 $ a été déduit des paiements versés par l'Ontario au titre du TCS en raison des frais imposés aux patientes pour les services d'avortement assurés. Bien que le régime d'assurance maladie de l'Ontario couvre les honoraires des médecins liés aux services d'avortement dans tous les établissements, y compris les cliniques privées, au cours de la période de référence 2022–2023, la province n'a couvert que les frais d'établissement dans les cliniques d'avortement agréées en tant qu'établissements de santé autonomes (ESA) en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* (LESA). Dans certains cas, cela a conduit d'autres cliniques à facturer aux patientes des frais supplémentaires pour accéder aux services d'avortement. En septembre 2023, l'Ontario a mis en vigueur la *Loi sur les centres de services de santé communautaires intégrés* (LCSCI), qui remplace la législation précédente et crée un nouveau cadre pour la prestation de services de santé assurés dans les cliniques privées. La loi continue d'interdire les frais d'établissement pour les services assurés et interdit également aux cliniques de refuser l'accès à un service assuré au motif qu'une patiente choisit de payer pour un service non assuré.

L'une des cinq cliniques qui imposaient auparavant des frais aux patientes a fermé ses portes, et les autres cliniques ont mis à jour leurs sites web pour confirmer que les avortements chirurgicaux sont couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario. En reconnaissance de ces efforts continus pour améliorer l'accès et éliminer les frais imposés aux patientes, un remboursement partiel de 29 520 dollars a été accordé pour les déductions de 2024 et 2025.

SASKATCHEWAN

En mars 2025, un montant de 1 074 150 $ a été déduit des paiements au titre du TCS de la Saskatchewan en raison des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires. Ces frais ont été imposés en vertu de la loi de la Saskatchewan sur l'imagerie médicale au choix du patient (*Patient Choice Medical Imaging Act*), qui autorise les centres privés d'IRM et de TDM à facturer directement aux patients les services d'imagerie diagnostique médicalement nécessaires, si la clinique fournit un examen d'une complexité similaire à un patient inscrit sur la liste d'attente publique.

ALBERTA

En mars 2025, un montant de 759 250 $ a été déduit des paiements au titre du TCS versés à l'Alberta en raison des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires. En reconnaissance des efforts continus visant à améliorer l'accès à ces services et à éliminer les frais imposés aux patients, notamment grâce à l'augmentation du financement public et de la capacité des services de diagnostic médicalement nécessaires, un remboursement partiel de 5 704 137 dollars a été accordé pour les déductions de mars 2023, 2024 et 2025.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

En mars 2025, un montant de 23 520 110 $ a été déduit des paiements au titre du TCS de la Colombie-Britannique en raison des frais imposés aux patients pour des services chirurgicaux assurés (6 407 114 $) et des services diagnostiques médicalement nécessaires (17 112 996 $).

La Colombie-Britannique a fait des progrès notables dans la mise en œuvre des éléments de son PAR visant à améliorer l'accès et à éliminer les frais imposés aux patients pour les services diagnostiques médicalement nécessaires, notamment en augmentant la capacité diagnostique publique grâce à l'ajout de scanners, à la prolongation des heures d'ouverture et à l'achat de plusieurs cliniques privées. La province a également ordonné aux cliniques privées de cesser de facturer aux patients les services d'IRM assurés, a pris en charge l'exploitation de trois cliniques chirurgicales privées et continue de passer des contrats avec la plupart des cliniques chirurgicales privées restantes dans le cadre d'accords qui interdisent les frais imposés aux patients. En reconnaissance de ces efforts, un remboursement partiel de 20 982 322 dollars a été accordé pour les déductions de mars 2023, 2024 et 2025.

YUKON

En mars 2025, 50 $ ont été déduits des paiements au titre du TCS du Yukon à la suite d'un cas de surfacturation par un médecin.

AUTRES QUESTIONS DE CONFORMITÉ

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

Les cliniques privées de soins primaires qui imposent aux patients des frais d'adhésion annuels demeurent un sujet de préoccupation en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces cliniques offrent souvent à la fois des services assurés et des services non assurés (p. ex. massothérapie, consultation en nutrition). Bien que les frais ne soient censés couvrir que les services non assurés, certaines cliniques les rendent obligatoires pour avoir accès aux soins assurés.

Chaque fois que Santé Canada est informé de l'existence de tels frais, le ministère recommande aux provinces et aux territoires de s'assurer que les patients comprennent que les services assurés ne peuvent dépendre de frais d'adhésion. Cela peut nécessiter des enquêtes ou des vérifications par les provinces ou territoires, dont les conclusions sont communiquées à Santé Canada afin de confirmer que les frais abusifs ont été éliminés. Santé Canada encourage également l'adoption d'une législation claire protégeant l'accès aux services assurés et interdisant les frais imposés aux patients pour ces services.

En 2023, Santé Canada a pris contact avec l'Alberta après que des rapports ont indiqué qu'une clinique imposait des frais pour un accès plus rapide aux soins assurés. L'Alberta a ensuite enquêté sur toutes les cliniques fonctionnant sur la base d'une adhésion dans la province, identifiant 41 cliniques offrant à la fois des services assurés et non assurés. Un examen de sept cliniques a suggéré que les frais ne concernaient que les soins non assurés, mais l'Alberta a noté que des audits étaient nécessaires pour confirmer la conformité. La province détermine actuellement les prochaines étapes, et Santé Canada continue de surveiller la question.

Depuis 2023, la Colombie-Britannique a adressé des injonctions à l'encontre de deux cliniques privées qui ne respectaient pas la législation provinciale, qui reflète les interdictions de la *Loi canadienne sur la santé* concernant les frais associés aux services de santé assurés. Après consultation, les deux cliniques ont révisé leur modèle d'affaires et les injonctions ont été retirées. La Colombie-Britannique continue de surveiller ces cliniques et fournit régulièrement des mises à jour à Santé Canada.

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 continue de suivre la situation de près.

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

APPLICATION ET CONFORMITÉ ACTUELLES (DEPUIS 2018)

L'introduction de la Politique de remboursement (2018) et de la Politique des services diagnostiques (2020) constituent des étapes importantes dans l'application actuelle de la *Loi canadienne sur la santé*.

La Politique de remboursement incite les provinces et les territoires à se conformer à la Loi et à éliminer les frais imposés aux patients en autorisant le remboursement des déductions obligatoires lorsque les provinces et les territoires éliminent les frais imposés aux patients pour les services assurés et les circonstances qui ont conduit à ces frais dans les deux ans suivant la déduction. La politique renforce l'objectif de la Loi, qui n'est pas d'imposer des pénalités, mais plutôt de veiller à ce que les patients n'aient pas à débourser d'argent pour des services assurés déjà payés par leurs impôts.

La Politique des services diagnostiques confirme que les services diagnostiques médicalement nécessaires sont considérés comme des services assurés aux fins de la *Loi canadienne sur la santé*, qu'ils soient fournis dans un hôpital ou dans une clinique privée.

Les déductions et remboursements suivants ont eu lieu entre 2018 et 2025, avec une ventilation annuelle indiquée dans la figure 1 (par province, d'est en ouest) :

LE SAVIEZ-VOUS?

Depuis l'entrée en vigueur de la Politique de remboursement de la Loi canadienne sur la santé en 2018, 226 912 389 dollars ont été remboursés aux provinces en reconnaissance de leurs efforts pour éliminer les frais imposés aux patients pour les services de santé assurés.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Depuis 2019, un montant total de 83 454 $ a été déduit des paiements versés à Terre-Neuve-et-Labrador au titre du TCS en raison des frais imposés aux patients pour les services liés à la cataracte. La province a mis en œuvre des mesures réglementaires et politiques visant à renforcer l'interdiction d'imposer ces frais aux patients, comme le précise son Plan d'action en matière de remboursement, et à ce jour, toutes les déductions obligatoires ont été remboursées.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Depuis 2023, un montant total de 3 792 929 $ a été déduit des paiements au titre du TCS de la Nouvelle-Écosse en raison des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires. La Nouvelle-Écosse a conclu un Plan d'action en matière de remboursement en 2025 et les circonstances qui ont conduit à ces déductions ont maintenant été résolues, ce qui a donné lieu à des remboursements complets.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Depuis 2020, un montant total de 4 367 170 $ a été déduit des paiements du TCS du Nouveau-Brunswick en raison des frais imposés aux patientes pour les services d'avortement assurés et les services diagnostiques médicalement nécessaires.

Santé Canada a été obligé d'estimer les montants à déduire pour les services d'avortement de 2020 à 2024 en se basant sur les informations fournies par la clinique 554, où les frais ont été imposés, et sur les données de l'Institut canadien d'information sur la santé. En 2025, le Nouveau-Brunswick a mis en place un Plan d'action en matière de remboursement qui a résolu les problèmes ayant conduit aux déductions, permettant ainsi le remboursement de la partie liée à l'avortement des déductions de mars 2024 et 2025. Étant donné que les rapports établis en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* sont rétrospectifs, le Nouveau-Brunswick fera l'objet de déductions en mars 2026, mais pourra bénéficier d'un remboursement immédiat si les frais imposés aux patientes pour l'accès aux services d'avortement ne se reproduisent pas.

Le Nouveau-Brunswick a également fait l'objet de déductions pour les frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires de 2023 à aujourd'hui.

QUÉBEC

En mars 2019, une déduction de 8 256 024 $ a été effectuée sur le TCS du Québec, reflétant les frais imposés aux patients avant que le Québec ne prenne des mesures législatives correctives pour éliminer ces frais, et cette somme a été immédiatement remboursée. Ce remboursement était le premier effectué en vertu de la Politique de remboursement.

Le Québec a également fait l'objet de déductions totalisant 113 130 881 $ depuis mars 2023 pour les frais imposés aux patients liés à des services diagnostiques médicalement nécessaires. En mars 2024 et 2025, le Québec a reçu des remboursements partiels totalisant 67 878 529 $ pour ces déductions. Ces remboursements ont reconnu les progrès réalisés pour remédier à ces frais imposés aux patients, notamment l'adoption d'une nouvelle loi réorganisant le système de santé du Québec afin d'améliorer l'accès et d'éliminer les frais imposés aux patients pour tous les services assurés, ainsi que la conclusion de contrats avec des cliniques pour la prestation de services assurés.

ONTARIO

Depuis 2021, un montant total de 112 305 $ a été déduit des paiements de l'Ontario au titre du TCS en raison des frais imposés aux patientes pour des services d'avortement assurés.

En mars 2024 et 2025, l'Ontario a reçu des remboursements partiels totalisant 72 816 $ pour ses déductions de mars 2022 à 2025. Ce remboursement était basé sur les progrès réalisés dans le cadre du Plan d'action de remboursement de l'Ontario visant à améliorer l'accès et à éliminer ces frais pour les patients, qui comprend la conduite d'enquêtes dans les cliniques et l'obligation pour celles-ci de mettre à jour leurs sites Web afin d'indiquer que les services d'avortement sont accessibles sans frais.

MANITOBA

Le Manitoba a fait l'objet de retenues sur ses paiements au titre du TCS totalisant 354 477 $ en mars 2023 et 2024 en raison des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires. En mars 2024, le Manitoba a reçu un remboursement complet à la suite de la mise en œuvre réussie d'un Plan d'action en matière de remboursement, qui a éliminé les frais imposés aux patients pour les échographies médicalement nécessaires qui étaient effectuées dans une clinique privée.

SASKATCHEWAN

Depuis 2023, la Saskatchewan fait l'objet de déductions totalisant 2 901 110 $ sur ses paiements au titre du TCS en raison des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires. Santé Canada était tenu de calculer les montants des déductions à partir des renseignements fournis par la province. À ce jour, la Saskatchewan n'a pas été admissible au remboursement; toutefois, les déductions de mars 2024 et 2025 de la Saskatchewan demeurent admissibles à un remboursement intégral jusqu'en mars 2026 et mars 2027, respectivement.

ALBERTA

Depuis 2023, l'Alberta a fait l'objet de déductions totales de 34 990 577 $ sur ses paiements au titre du TCS en raison des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires. En 2024, l'Alberta a conclu un Plan d'action en matière de remboursement afin d'améliorer l'accès et d'éliminer les frais imposés aux patients en augmentant le financement et la capacité des services diagnostiques médicalement nécessaires. Grâce aux progrès réalisés dans la mise en œuvre de son plan d'action, l'Alberta a reçu des remboursements partiels totalisant 26 242 933 $.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Depuis 2018, un montant total de 141 398 363 dollars a été déduit des paiements au titre du TCS versés à la Colombie-Britannique en raison des frais imposés aux patients pour des services chirurgicaux médicalement nécessaires dans des cliniques chirurgicales et diagnostiques privées.

À la suite de la déduction de 2018, la Colombie-Britannique a élaboré un Plan d'action en matière de remboursement visant à éliminer les frais imposés aux patients. La province a mis en œuvre avec succès de nombreux éléments du plan, notamment l'utilisation d'accords de conformité dans son processus de passation de marchés, qui interdisent aux cliniques sous contrat d'imposer des frais aux patients pour les services de santé assurés, la reprise de l'exploitation de trois cliniques chirurgicales privées et de trois cliniques de diagnostic privées, et l'élaboration d'un décret qui mettrait en vigueur les dispositions législatives existantes visant à interdire les frais imposés aux patients pour les services de diagnostic médicalement nécessaires. Elle a ainsi reçu une série de remboursements partiels, pour un montant total de 119 991 752 $.

FIGURE 1 : DÉDUCTIONS ET REMBOURSEMENTS DES CONTRIBUTIONS EN ESPÈCES AU TITRE DU TRANSFERT CANADIEN EN MATIÈRE DE SANTÉ – DE 2018–2019 À 2024–2025

Année		T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yk.	TOTAUX PAR EXERCICE
2018–2019	Déductions	1 349 $	–	–	8 256 024 $	–	–	–	–	16 177 259 $	–	24 434 632 $
	Remboursements	–	–	–	8 256 024 $	–	–	–	–	–	–	8 256 024 $
2019–2020	Déductions	70 819 $	–	140 216 $	–	–	–	–	–	16 753 833 $	–	16 964 868 $
	Remboursements	72 168 $	–	–	–	–	–	–	–	16 019 539 $[1]	–	16 091 707 $
2020–2021	Déductions	4 521 $	–	64 850 $	–	13 905 $	–	–	–	13 949 979 $	–	14 033 255 $
	Remboursements	4 521 $	–	–	–	–	–	–	–	24 509 418 $[2]	–	24 513 939 $
2021–2022	Déductions	1 723 $	–	64 850 $	–	6 560 $	–	–	–	13 275 823 $	–	13 348 956 $
	Remboursements	1 723 $	–	–	–	–	–	–	–	20 518 055 $[3]	–	20 519 778 $
2022–2023	Déductions	–	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 $
2023–2024	Déductions	1 255 $	1 794 635 $	1 903 910 $	36 014 132 $	32 800 $	650 $	1 084 513 $	20 450 175 $	18 118 721 $	–	79,400,791
	Remboursements	1 255 $	–	–	46 728 814 $[5]	43 296 $[6]	354 477 $[7]	–	20 538 796 $[8]	22 405 749 $[9]	–	90 072 387 $
2024–2025	Déductions	3 787 $	720 635 $	850 835 $	35 249 525 $	26 240 $	–	1 074 150 $	759 250 $	23 520 110 $	50 $	62 204 582 $
	Remboursements	3 787 $	3 792 929 $[10]	239 475 $[11]	21 149 715 $[12]	29 520 $[13]	–	–	5 704 137 $[14]	20 982 322 $[15]	–	51 901 885$
	TOTAL DES DÉDUCTIONS PAR PT	83 454 $	3 792 929 $	4 367 170 $	113 130 881 $	112 305 $	354 477 $	2 901 110 $	34 990 577 $	124 906 255 $	50 $	292 895 182 $
	TOTAL DES REMBOURSEMENTS PAR PT	83 454 $	3 792 929 $	239 475 $	6 7 878 529 $	72 816 $	354 477 $	–	26 242 933 $	119 991 752 $	–	226 912 389 $

Les déductions sont effectuées deux ans après la surfacturation et les frais modérateurs (par exemple, les déductions effectuées en 2023–2024 concernaient les frais imposés aux patients au cours de l'exercice 2021–2022).

1 Ce montant représente un remboursement partiel des déductions de mars 2018 et de mars 2019 de la Colombie-Britannique et a été émis sur la base des éléments du PAR de la province qui ont été mis en œuvre avec succès.

2 Ce montant représente un remboursement partiel supplémentaire (3 327 622 $) de la déduction de mars 2019 de la Colombie-Britannique, ainsi que des remboursements partiels (11 992 825 $ et 9 188 971 $, respectivement) de ses déductions de mars 2020 et de mars 2021, et a été émis sur la base des éléments du PAR de la province qui ont été mis en œuvre avec succès.

3 Ce montant représente un remboursement partiel supplémentaire (4 284 907 $ et 4 284 907 $, respectivement) des déductions de mars 2020 et de mars 2021 de la Colombie-Britannique, ainsi qu'un remboursement partiel (11 948 241 $) de sa déduction de mars 2022, et a été émis sur la base des éléments du PAR qui ont été mis en œuvre avec succès.

[4] Ce montant représente des remboursements partiels supplémentaires (428 491 $ et 1 194 824 $, respectivement) des déductions de mars 2021 et de mars 2022 de la Colombie-Britannique ainsi qu'un remboursement partiel (13 933 354 $) de sa déduction de mars 2023, et a été émis sur la base des éléments du PAR de la province qui ont mis en œuvre avec succès.

[5] Ce montant représente un remboursement partiel des déductions de mars 2023 et de mars 2024 du Québec, et a été émis sur la base des éléments du PAR de la province qui ont été mis en œuvre avec succès.

[6] Ce montant représente un remboursement partiel des déductions de mars 2022, de mars 2023 et de mars 2024 de l'Ontario et a été émis sur la base des éléments du PAR de la province qui ont été mis en œuvre avec succès.

[7] Ce montant représente un remboursement complet des déductions de mars 2023 et de mars 2024 du Manitoba et a été émis sur la base de la mise en œuvre réussie de son PAR visant à éliminer les frais imposés aux patients pour les échographies diagnostiques médicalement nécessaires.

[8] Ce montant représente un remboursement partiel des déductions de mars 2023 et de mars 2024 de l'Alberta et a été émis sur la base des éléments du PAR de la province qui ont été mis en œuvre avec succès.

[9] Ce montant représente des remboursements partiels supplémentaires (119 482 $ et 6 542 928 $, respectivement) des déductions de mars 2022 et de mars 2023 de la Colombie-Britannique et un remboursement partiel (15 743 399 $) de sa déduction de mars 2024 et a été émis sur la base des éléments du PAR de la province qui ont été mis en œuvre avec succès.

[10] Ce montant représente un remboursement intégral des déductions de la Nouvelle-Écosse de mars 2023, de mars 2024 et de mars 2025 (1 277 659 $, 1 794 635 $ et 720 635 $, respectivement) et a été émis sur la base de la mise en œuvre réussie de son plan d'action de redressement (PAR) visant à éliminer les frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires.

[11] Ce montant représente un remboursement intégral des déductions du Nouveau-Brunswick de mars 2024 et de mars 2025 liées aux frais imposés aux patients pour des services d'avortement (109 275 $ et 130 200 $, respectivement) et a été émis sur la base de la mise en œuvre réussie de son plan d'action de redressement (PAR) visant à éliminer les frais imposés aux patients pour ces services.

[12] Ce montant représente un remboursement partiel de la déduction du Québec de mars 2025 et a été émis sur la base des éléments du plan d'action de redressement (PAR) de la province qui ont été mis en œuvre avec succès.

[13] Ce montant représente des remboursements partiels supplémentaires (4 920 $ et 4 920 $, respectivement) des déductions de l'Ontario de mars 2023 et de mars 2024, ainsi qu'un remboursement partiel (19 680 $) de sa déduction de mars 2025, et a été émis sur la base des éléments du plan d'action de redressement (PAR) de la province qui ont été mis en œuvre avec succès.

[14] Ce montant représente des remboursements partiels supplémentaires (2 067 173 $ et 3 067 526 $, respectivement) des déductions de l'Alberta de mars 2023 et de mars 2024, ainsi qu'un remboursement partiel (569 438 $) de sa déduction de mars 2025, et a été émis sur la base des éléments du plan d'action de redressement (PAR) de la province qui ont été mis en œuvre avec succès.

[15] Ce montant représente des remboursements partiels supplémentaires (53 507 $ et 616 365 $, respectivement) des déductions de la Colombie-Britannique de mars 2023 et de mars 2024, ainsi qu'un remboursement partiel (20 312 450 $) de sa déduction de mars 2025, et a été émis sur la base des éléments du plan d'action de redressement (PAR) de la province qui ont été mis en œuvre avec succès.

APPLICATION ET CONFORMITÉ APRÈS LA MISE EN ŒUVRE (1987–2018)

Après la période de transition initiale de trois ans prévue par la Loi, pendant laquelle les provinces et les territoires pouvaient obtenir le remboursement des déductions, les pénalités prévues par la Loi n'ont pas été appliquées avant l'exercice 1994–1995.

POLITIQUE FÉDÉRALE SUR LES CLINIQUES PRIVÉES

Afin de régler la question des frais imposés aux patients pour les services assurés dans les cliniques privées, la Politique fédérale sur les cliniques privées a été établie en 1995. Cette politique précisait que la définition du terme « hôpital » énoncée dans la Loi canadienne sur la santé ne se limitait pas aux bâtiments arborant un grand « H ». Les hôpitaux comprennent tout établissement qui dispense des soins actifs, des soins de réadaptation ou des soins chroniques. À ce titre, un hôpital englobe également les établissements de soins de santé, tels que les cliniques.

Cette politique a entraîné le renouvellement des déductions au titre du TCS pendant cette période. Le détail annuel est présenté dans la figure 2 (par province, d'est en ouest) :

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Entre 1996 et 2014, Terre-Neuve-et-Labrador a fait l'objet de déductions au titre du TCS de 383 779 dollars en raison des frais d'établissement d'une clinique d'avortement privée, des frais imposés aux patients pour un service d'IRM dans un hôpital et des frais imposés aux patients par un chirurgien-dentiste ayant choisi de ne pas participer au régime.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Entre 1996 et 2007, la Nouvelle-Écosse a fait l'objet de déductions totalisant 378 937 $ en raison des frais imposés aux patients pour couvrir les frais d'utilisation des installations d'une clinique privée à Halifax ainsi que de la facturation irrégulière d'un médecin. Un ajustement positif unique de 8 121 $ a été apporté au paiement de mars 2006 de la Nouvelle-Écosse afin de rapprocher les montants réellement facturés en 2003–2004, car la pénalité avait été calculée sur la base d'estimations provinciales.

QUÉBEC

Entre 2017 et 2018, le Québec a fait l'objet de déductions totalisant 19 814 458 $ en raison des frais accessoires signalés par le vérificateur général du Québec. Compte tenu des mesures correctives déjà prises par le gouvernement du Québec pour éliminer les frais accessoires en janvier 2017, ces montants ont ensuite été remboursés au Québec. Ces remboursements ont inspiré la Politique de remboursement de la Loi canadienne sur la santé.

MANITOBA

Entre 1995 et 1998, le Manitoba a fait l'objet de déductions totalisant 2 055 000 $ en raison des frais imposés aux patients par la province dans les cliniques chirurgicales et ophtalmologiques. Toutefois, en 2001–2002, une déduction mensuelle (octobre 2001-mars 2002) a été effectuée sur la base d'un état financier fourni par le Manitoba. Cet état financier montrait que les frais réels imposés aux patients (2 355 201 $) entre 1997 et 1999 étaient supérieurs aux estimations initiales (2 055 000 $).

ALBERTA

Entre 1995 et 1996, l'Alberta a fait l'objet de déductions totalisant 3 585 000 $ en raison des frais imposés aux patients pour l'utilisation des installations dans les cliniques offrant des services chirurgicaux, ophtalmologiques et d'avortement. Le 1er octobre 1996, l'Alberta a interdit aux cliniques chirurgicales privées d'imposer aux patients des frais d'utilisation des installations pour les services médicalement nécessaires dont les honoraires des médecins étaient facturés au régime provincial d'assurance maladie.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Entre 1995 et 2018, la Colombie-Britannique a fait l'objet de déductions totales s'élevant à 19 660 001 dollars en raison de divers problèmes de conformité.

Au début des années 1990, un différend entre l'Association médicale de la Colombie-Britannique et le gouvernement provincial au sujet de la rémunération a conduit certains médecins à se retirer du régime public d'assurance maladie et à facturer directement leurs patients. Bon nombre de ces médecins ont facturé à leurs patients des montants supérieurs à ceux remboursés par le régime public, ce qui constituait une surfacturation. En conséquence, des déductions totalisant 2 025 000 $ ont été effectuées à partir de mai 1994 et se sont poursuivies jusqu'à l'interdiction de la surfacturation en septembre 1995, lorsque les modifications apportées à la *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique sont entrées en vigueur.

Entre 2003 et 2018, la Colombie-Britannique a fait l'objet de déductions totales de 17 635 001 $ en raison des frais imposés aux patients dans les cliniques chirurgicales privées. Les montants des déductions étaient basés sur les estimations du ministre fédéral de la Santé jusqu'en 2017, date à laquelle un projet d'audit conjoint de Santé Canada et de la Colombie-Britannique a été mené à bien. À partir de mars 2018, les déductions reflétaient les résultats de l'audit des cliniques privées, les plaintes des patients et les preuves accessibles au public concernant les frais facturés aux patients par les médecins inscrits au Cambie Surgery Centre.

Depuis l'adoption de la Loi, d'avril 1984 à mars 2025, un total de 339 072 608 $ 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.

FIGURE 2 : 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 $	–	3 585 000 $	19 660 001 $	–	–	–	46 177 376 $

[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.

APPLICATION INITIALE ET CONFORMITÉ (1984–1987)

Au cours des trois premières années suivant l'entrée en vigueur de la *Loi canadienne sur la santé*, près de 245 millions de dollars ont été déduits des transferts fédéraux aux provinces en matière de santé; ces déductions ont été remboursées lorsque les provinces ont effectivement éliminé les frais imposés aux patients qui les avaient motivées.

DÉDUCTIONS ET REMBOURSEMENTS SUBSÉQUENTS POUR LES FRAIS IMPOSÉS AUX PATIENTS DE 1984 À 1987

PT	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 $**

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 les résidents assurés n'ont pas à débourser d'argent lorsqu'ils reçoivent des services hospitaliers ou médicaux d'urgence dans une autre province ou un autre territoire. Au lieu de cela, la carte d'assurance maladie du résident sera acceptée par la province ou le territoire d'accueil en lieu et place du paiement. La province ou le territoire d'accueil facture ensuite la province ou le territoire d'origine du patient aux tarifs convenus. Grâce à ces ententes, environ 1 milliard de dollars sont facturés de manière réciproque chaque année dans tout le pays. Bien que ces ententes facilitent l'application du critère de transférabilité de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires peuvent également satisfaire aux exigences de la Loi par d'autres mécanismes.

Le comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) est le comité FPT chargé de superviser la couverture interprovinciale et la facturation réciproque. Le CCEIAS établit des listes de services admissibles à la facturation réciproque et des tarifs de facturation réciproque associés qui sont approuvés chaque année. 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 de Santé Canada. En 2024, le CCEIAS a travaillé à la mise à jour des méthodes de calcul des tarifs pour les greffes de moelle osseuse et de cellules souches, ainsi que pour les interventions ambulatoires.

CHAPITRE 3

LES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN 2024–2025

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 2024–2025.

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 2024–2025 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 du printemps 2025, le processus de production du Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* de 2024–2025 a été lancé. 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 provinciaux ou territoriaux remboursent ces frais aux patients des médecins ou dentistes qui ont choisi de se retirer du régime.

Statisques 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'examens 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 2025. 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. Le 1er avril 2023, quatre anciennes autorités régionales de la santé et le Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador ont été fusionnés pour devenir une seule autorité provinciale de santé en tant que services de santé de Terre-Neuve-et-Labrador sous le nom de Newfoundland and Labrador Health Services (NLHS).

Le Ministère assure la direction, la coordination, la surveillance et le soutien de NLHS, qui assure la prestation de la majorité des services de santé publics dans la province, ainsi que d'autres entités offrant des programmes et des services. Il assure ainsi un gage de qualité et d'efficacité dans des secteurs comme l'administration des établissements de santé, l'accès et l'efficacité clinique, les programmes destinés aux aînés, aux personnes handicapées et aux personnes qui ont des troubles de santé mentale ou des dépendances, les soins de longue durée et les services de soutien communautaire, l'éducation et la formation des professionnels de la santé, le contrôle, la possession, la manipulation, la conservation et la vente d'aliments et de drogues, la protection et la promotion de la santé, la prévention et la lutte contre les maladies, la santé publique et le respect des normes de santé publique.

Avec un budget annuel net d'environ 4,1 milliards de dollars, le Ministère représente environ 40 % du budget total de Terre-Neuve-et-Labrador. Dans le budget 2024–2025, 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 plus de 620 millions de dollars sur 10 ans pour transformer l'infrastructure de gestion de l'information sur la santé et assurer une liaison sans rupture entre les patients et leurs professionnels de la santé; 30 millions de dollars pour embaucher des prestataires de soins de santé supplémentaires pour les 19 équipes de soins familiaux existantes et mettre sur pied de nouvelles équipes dans la région de Baie Verte et de Springdale, à Lewisporte, à Portugal Cove-St. Philip's et au centre-ville de St. John's; plus de 14 millions de dollars pour élargir les options offertes aux personnes qui cherchent de l'aide en matière de santé mentale et de toxicomanie; 10 millions de dollars pour aider à recruter et à maintenir en poste des professionnels de la santé et faire progresser les travaux en cours qui ont mené au recrutement de plus de 450 infirmières et infirmiers et de plus de 80 médecins depuis le 1er avril 2023; et 10 millions de dollars pour accroître les services de soins virtuels. Le budget 2024–2025 est publié sur le site Web du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador.

À Terre-Neuve-et-Labrador, les services de santé sont offerts à environ 535 000 résidents. Quelque 22 600 personnes sont employées par NLHS et environ 262 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 2024–2025.

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

En vertu de l'article 5 de la MCHI Act, le ministre de la Santé et des Services communautaires est tenu d'administrer un régime de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation pour les résidents de la province. La MCHI Act lui confère le pouvoir d'adopter des règlements définissant qui est un résident, prescrivant quels services sont des services assurés et dans quelles circonstances les services assurés sont pris en charge par le ministre.

RAS 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.

RAH 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 RAS. Tous les bénéficiaires du RAS ont automatiquement droit à la couverture du RAH.

RAH et RAS fonctionnent tous deux conformément aux dispositions de la MCHI Act et de son Règlement connexe, et en conformité avec la *Loi canadienne sur la santé*.

Aucune modification n'a été apportée à la législation ou à la réglementation du régime d'assurance-santé en 2024–2025.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministre a le mandat d'administrer RAS et RAH aux termes de l'article 5 de la MCHI Act. Le Ministère 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 six autres entités qui relèvent du ministre, y compris NLHS, 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 2024–2025 (en anglais seulement) a été déposé à la Chambre d'assemblée.

1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le vérificateur général de la province effectue une vérification indépendante des comptes publics provinciaux. Les dépenses du RAS font partie des comptes publics. Le vérificateur général dispose d'un accès complet et sans restriction aux dossiers du RAS à l'aide de codes, mais doit protéger la vie privée et les renseignements personnels.

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.

Le vérificateur général a effectué un examen des régimes de soins médicaux et de soins dentaires (en anglais seulement) en 2024–2025 et a formulé des recommandations concernant les questions liées aux technologies de l'information, à la vérification, au traitement des demandes, aux politiques et procédures, à la surveillance et aux recouvrements découlant des vérifications.

NLHS fait l'objet d'audits des états financiers, d'examens et d'audits de la conformité. L'audit des états financiers de NLHS est effectué conformément à la *Provincial Health Authority Act* et à la *Auditor General Act* de 2021. Les missions d'examen sont réalisées conformément aux normes de vérification généralement reconnues de Comptables professionnels agréés du Canada. Divers audits de conformité et auprès des médecins sont effectués par le personnel du Ministère en vertu de la MCHI Act.

Les dossiers des médecins et ceux des associations professionnelles de médecins sont examinés pour vérifier qu'ils corroborent les services facturés et que ces derniers sont assurés aux termes du RAS. Des audits auprès des bénéficiaires sont effectués par le personnel du Ministère en vertu de la MCHI Act.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Au 31 mars 2025, la *Medical Care and Hospital Insurance Act* (MCHI Act) et le *Hospital Insurance Regulations* régissent les services hospitaliers assurés à Terre-Neuve-et-Labrador. Aucune modification n'a été apportée à la MCHI Act 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 81 cliniques communautaires à travers la province.

Les services hospitaliers assurés comprennent les :

Services assurés fournis aux patients hospitalisés

- l'hébergement et les repas au tarif de salle commune. Les frais de chambre privée ou semi-privée sont couverts si l'hébergement est fourni pour des raisons médicales ou si l'hébergement standard n'est pas disponible;
- les services infirmiers;
- les services de laboratoire et de radiographie et les autres services de diagnostic (p. ex. ECG, médecine nucléaire, inhalothérapie);
- les produits pharmaceutiques;
- les fournitures médicales et chirurgicales;
- les salles d'opération, les salles de travail et les salles d'accouchement;
- l'utilisation de services de radiothérapie et d'isotopes radioactifs, là où ils sont offerts;
- les services de réadaptation (p. ex. physiothérapie, ergothérapie, audiologie et orthophonie).

Services externes assurés

- les services de laboratoire et de radiographie et les autres services de diagnostic (p. ex. ECG, médecine nucléaire, inhalothérapie);
- les services de réadaptation (p. ex. physiothérapie, ergothérapie, audiologie et orthophonie).
- les médicaments anti-rejet pour les patients transplantés, l'AZT pour les patients atteints du sida;
- les interventions chirurgicales et médicales ambulatoires.

Aucun nouveau service n'a été ajouté au barème des services hospitaliers assurés en 2024–2025.

La politique de couverture des services hospitaliers assurés est liée à la politique de couverture des services médicaux assurés. Le ministère de la Santé et des Services communautaires 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 de manière permanente 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 2024–2025, le Ministère n'a pas eu connaissance de frais imposés aux patients pour des services de diagnostic médicalement nécessaires fournis dans des cliniques privées.

2.2 Services médicaux assurés

Au 31 mars 2025, la loi habilitante pour les services médicaux assurés était la MCHI Act 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 2025, la province comptait environ 1 430 médecins actifs (autre mode de rémunération, salariés et rémunérés à l'acte) pratiquant dans la province.

Pour l'application de la MCHI Act, les services médicaux 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 du ministre de la Santé et des Services communautaires (le ministre);
- les services de laboratoire, de radiologie et autres services thérapeutiques ou diagnostiques fournis dans des établissements approuvés par le ministre, et qui ne sont pas fournis en vertu de la MCHI Act et de son Règlement;
- les examens médicaux pour les personnes qui doivent subir un examen médical en vertu du paragraphe 12(b) du *Highway Traffic Driver Regulations, 1999*.

NLHS offre de nombreux services de soins virtuels pour améliorer l'accès et la qualité des soins aux patients. L'ajout de deux nouveaux services de soins virtuels, soit les soins primaires virtuels et les soins d'urgence virtuels, a été annoncé en novembre 2023 pour accroître la capacité de prestation des soins de santé primaires et d'urgence à Terre-Neuve-et-Labrador. Il n'y a aucuns frais de consultation pour un patient qui utilise une carte valide du Régime d'assurance-santé (RAS) de Terre-Neuve-et-Labrador.

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 2024–2025.

Les médecins peuvent décider de ne pas participer au Régime d'assurance-santé comme le prévoit l'article 8 de la MCHI Act, en l'occurrence :

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

Au 31 mars 2025, 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 équivalents à ceux d'un médecin

Terre-Neuve-et-Labrador n'est pas en mesure de fournir de renseignements à ce sujet pour 2024–2025. Le travail se poursuit concernant la lettre d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé*, publiée le 10 janvier 2025, au sujet des services équivalents à ceux d'un médecin. Les changements communiqués dans la lettre n'entreront pas en vigueur avant le 1er avril 2026.

2.4 Services de chirurgie dentaire assurés

Le régime de chirurgie dentaire provincial est une composante du RAS. Les traitements de chirurgie dentaire fournis à un bénéficiaire et effectués dans un hôpital par un chirurgien-dentiste ou un dentiste agréé sont couverts par le RAS 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 MCHI Act. 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 2025, 20 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 MCHI Act 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 2025, aucun dentiste ne s'était retiré du régime. Il n'y a pas eu de surfacturation en 2024–2025.

Le programme de chirurgie dentaire étant une composante du RAS, les changements apportés à la liste des services assurés s'effectuent selon les mêmes modalités que pour le RAS.

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 2024–2025.

2.5 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 services de soins infirmiers privés engagés par le patient;
- les services non médicalement nécessaires (p. ex. à des fins d'emploi ou d'assurance);

- les médicaments (à l'exception des médicaments anti-rejet pour les patients transplantés et de l'AZT pour les patients atteints du sida) et les appareils prescrits pour usage hors 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 fécondation *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 MCHI Act. 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 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 indiqués par le ministre;
- 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, de médecins de famille 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 médecins de famille 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 du *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*.

La MCHI Act confère au lieutenant-gouverneur en conseil le pouvoir d'instaurer des règlements déterminant quels services sont ou non des services assurés aux fins de la loi. Cela 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 2024–2025.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

Les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador peuvent bénéficier d'une couverture en vertu de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* (MCHI Act). La MCHI Act définit un « habitant » (résident) comme une personne qui est légalement autorisée à être au Canada ou à 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* et les politiques connexes du Régime d'assurance-santé (RAS) précisent ces critères d'admissibilité. Aucune modification n'a été apportée à la réglementation pendant la 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 MCHI Act, 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 le faire en ne s'inscrivant pas.

Les personnes faisant partie des catégories suivantes ne sont pas admissibles à l'inscription au RAS, même si elles séjournent temporairement à Terre-Neuve-et-Labrador pour une période prolongée :

- 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 d'asile et les personnes à leur charge (remarque : la politique d'inscription des bénéficiaires au RAS a été modifiée le 31 mars 2025 afin de couvrir les personnes entrant dans la province qui ont reçu un document d'identité du demandeur d'asile ou qui sont autorisées par le gouvernement fédéral à se trouver au Canada en raison d'une urgence internationale);
- les travailleurs étrangers détenant une autorisation d'emploi qui ne satisfont pas aux critères établis;
- les étudiants internationaux détenant une autorisation qui ne satisfont pas aux critères établis;
- les personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite dans la province ainsi que les personnes à leur charge;
- les membres des Forces armées canadiennes (les personnes à leur charge peuvent être admissibles);
- les membres des forces armées d'autres pays stationnés dans la province (les personnes à leur charge peuvent être admissibles);
- les détenus sous responsabilité fédérale (les personnes à leur charge peuvent être admissibles).

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 2025, environ 535 341 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, 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 2024–2025, le Ministère a annoncé que les Ukrainiens qui sont entrés 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 demeurent admissibles à l'inscription au RAS pour des périodes de six mois renouvelables, à condition qu'ils résident toujours dans la province. En 2025, la province a accordé une autorisation semblable d'inscription au RAS aux personnes provenant d'autres endroits qui sont autorisées à se trouver au Canada par le gouvernement fédéral en raison d'une urgence internationale.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

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

Les personnes venant de l'étranger qui établissent leur résidence dans la province ont droit à la couverture le jour même de leur arrivée. Il en va de même pour les membres des Forces armées canadiennes au moment de leur cessation d'emploi et pour les personnes libérées des pénitenciers fédéraux. Pour que la couverture soit effective, ces personnes doivent s'inscrire au Régime d'assurance-santé (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 2024–2025.

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

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 :

- Bien qu'un certificat de couverture à l'extérieur de la province ne soit généralement pas requis, nous encourageons les bénéficiaires à en obtenir un. Ce document peut aider à répondre aux questions relatives à l'admissibilité et à la couverture des résidents qui auraient l'intention de quitter pour une période prolongée dépassant l'exigence minimale de résidence annuelle dans la province, particulièrement pour les voyages à l'extérieur du Canada.

- Avant de quitter la province pour une période prolongée (plus de 30 jours), le résident est invité à obtenir un certificat de couverture à l'extérieur de la province. 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 que le résident détient une couverture pour les services reçus à l'extérieur de la province.
- 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.
- Les dispositions suivantes s'appliquent au bénéficiaire inscrit dans le cadre de périodes de renouvellement de cinq ans qui réside dans la province depuis plus de 12 mois :
  - Il est admissible à une couverture à l'extérieur de la province aux fins de vacances pour une période maximale cumulative de huit mois par année pendant quatre années consécutives. La cinquième année, il est admissible à une couverture à l'extérieur de la province pour une période maximale de 12 mois. À son retour, il sera de nouveau admissible à une couverture à l'extérieur de la province pour une période maximale de huit mois par année au cours des quatre années suivantes.
  - Il est admissible à une couverture à l'extérieur de la province pour les études postsecondaires pendant toute la durée du programme. Cette mesure est renouvelable chaque année s'il transmet un nouveau formulaire rempli et une preuve à jour d'inscription dans un établissement d'enseignement. L'approbation est conditionnelle à l'intention du bénéficiaire de retourner à Terre-Neuve-et-Labrador à la conclusion de son programme d'études.
  - Le bénéficiaire qui quitte son emploi (travailleur temporairement absent) peut bénéficier d'une couverture à l'extérieur de la province pour une période maximale de 12 mois. Le bénéficiaire qui travaille à l'extérieur du pays peut renouveler chaque année pour obtenir une couverture à l'extérieur de la province pour une période maximale de trois ans. Il doit fournir une lettre de son employeur, sur papier à en-tête de l'entreprise, indiquant les dates et le lieu d'emploi.
  - La personne qui établit sa résidence dans une autre province, un territoire ou un autre pays ne peut pas demeurer inscrite au RAS.

Bien que l'obtention d'un certificat de couverture à l'extérieur de la province ne soit pas obligatoire, si le bénéficiaire n'en demande pas un pour des absences de plus de 30 jours, ou s'il ne remplit pas les conditions minimales de résidence annuelle dans la province, il pourrait être tenu de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation encourus à l'extérieur de la province.

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

Les travailleurs internationaux, les étudiants internationaux et les autres non-Canadiens inscrits comme bénéficiaires 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'ils conservent le statut de résident et qu'à aucun moment au cours de cette période leur absence cumulée n'excède la durée de leur présence dans la province. La couverture cesse immédiatement pour les non-Canadiens qui quittent Terre-Neuve-et-Labrador de façon permanente.

Aucune modification n'a été apportée à la couverture durant les absences temporaires au Canada en 2024–2025.

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 maladie subite 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 le RAS 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 (c.-à-d. un établissement hautement spécialisé). Le tarif approuvé pour les services à des patients externes est de 62 $ par visite, et de 330 $ 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 offert à Terre-Neuve-et-Labrador, le tarif payé est celui de l'Ontario ou de la province où il est offert.

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, 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 offert 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 de la Santé et des Services communautaires pour obtenir une approbation préalable. Si l'approbation préalable est accordée, les régimes provinciaux d'assurance-santé paieront 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, les services médicaux seront payés en fonction des tarifs du RAS, s'ils sont offerts à Terre-Neuve-et-Labrador. Si les services ne sont pas offerts 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 offerts. Lorsque le montant facturé dépasse le montant payable, le patient doit assumer la différence. Les demandeurs souhaitant faire appel d'une couverture à l'étranger peuvent en faire la demande au ministre de la Santé et des Services communautaires.

Si le bénéficiaire n'obtient pas l'approbation préalable pour des services à l'étranger, il devra d'abord payer l'hôpital, puis présenter une demande de règlement au RAS. Il ne sera couvert qu'au tarif des services à l'étranger indiqué par le RAS et devra assumer toute somme supérieure à ce montant.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

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

L'article 7 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* (MCHI Act) 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 MCHI Act et de son Règlement. Un praticien ou une autre personne qui contrevient à cette disposition est coupable d'une infraction et passible, sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, d'une amende pouvant aller jusqu'à 20 000 $ pour chaque infraction. Les cas de surfacturation et d'imposition de frais modérateurs peuvent être déterminés par le biais du processus de vérification décrit à l'article 21 de la MCHI Act ou peuvent être signalés par les résidents. Ces cas peuvent être découverts lorsque des résidents soumettent des demandes de remboursement au ministère de la Santé et des Services communautaires.

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 (le Collège), 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 MCHI Act confère au ministre de la Santé et des Services communautaires (le ministre) le pouvoir de recouvrer les trop-payés et les intérêts découverts au moyen du processus de vérification. Pour ce faire, le ministre 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 : 1-866-449-4459; pour toutes autres régions : 1-800-563-1557).

En date du 31 mars 2025, Newfoundland and Labrador Health Services (NLHS) comptait 20 équipes de soins familiaux en activité dans la province. Ces équipes interdisciplinaires comprennent des médecins de famille, des infirmières et infirmiers autorisés, des infirmières et infirmiers praticiens et d'autres prestataires de soins de santé, qui travaillent en collaboration pour fournir des soins qui répondent aux besoins sociaux et de santé d'une personne. Tous les membres de l'équipe sont des employés salariés de NLHS, toutes les équipes ont des postes d'infirmières et d'infirmiers praticiens et au moins une équipe est dirigée par une infirmière praticienne.

NLHS utilise les soins d'urgence virtuels pour améliorer la pérennité des services d'urgence en mettant virtuellement en contact des médecins avec des patients dans certaines communautés. Les patients peuvent être vus en personne par une infirmière ou un clinicien, puis mis en contact avec un médecin urgentologue ou une infirmière praticienne. Les soins de santé primaires virtuels permettent le diagnostic et le traitement de maladies courantes au moyen de rendez-vous virtuels par l'entremise de Teladoc Health Canada, pour les personnes qui n'ont pas de prestataire de soins primaires. Les soins virtuels avant et après une intervention chirurgicale, prodigués par des services à distance, permettent de préparer les patients, de réduire le nombre de visites en personne et de fournir des soins personnalisés.

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 améliorer l'accès des patients à la chirurgie de la cataracte et à réduire les temps d'attente en général. En 2024–2025, un peu plus de 9 000 interventions de la cataracte ont été approuvées et réalisées par des établissements non hospitaliers.

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 fournir des solutions concrètes en 2022. En août 2023, le gouvernement a annoncé son intention de mettre en œuvre les 32 recommandations formulées par le groupe de travail provincial sur la chirurgie afin de réduire l'arriéré chirurgical actuel et les temps d'attente en chirurgie à Terre-Neuve-et-Labrador. La commission Health Transformation Surgery Sub-Table a été chargée de superviser les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations.

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, par capitation mixte, par salaire ou selon d'autres modes de rémunération. Au 31 mars 2025, la législation régissant les honoraires versés aux médecins et aux dentistes au titre des services assurés demeure la MCHI Act. Bien que l'article 7 de cette loi stipule que les médecins et les dentistes ne peuvent pas imposer de frais pour les services assurés, aucune disposition législative ne traite de la capacité des médecins ou des dentistes à imposer des honoraires forfaitaires pour les services non assurés. La Newfoundland and Labrador Medical Association (NLMA) a publié le guide Physicians Guide to Non-Insured Services (en anglais seulement) qui fournit des conseils sur les services demandés par des tiers, sur d'autres services non assurés, sur les tarifs suggérés et sur 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 (MOA) a été établi avec la NLMA et signé le 2 septembre 2025 pour une durée de quatre ans (2023–2027). Le lien vers le MOA se trouve sur le site Web du Ministère (en anglais seulement). 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.

La MCHI Act autorise le ministre à nommer des vérificateurs chargés de vérifier les comptes et les demandes de paiement que soumettent les médecins et les dentistes. La MCHI Act détermine les pouvoirs et les tâches des vérificateurs, établit les recours disponibles et présente en détail les processus à respecter. La MCHI Act présente également en détail les processus d'examen et d'appel dont disposent les praticiens.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le Ministère est responsable du financement des locaux de NLHS pour les opérations courantes des hôpitaux et les acquisitions d'immobilisations. Les paiements sont effectués conformément à la MCHI Act, à la *Provincial Health Authority Act* et à la *Financial Administration Act*. Dans le cadre de ses obligations de responsabilisation à l'égard du Ministère, NLHS doit satisfaire aux exigences du Ministère en matière de rapports annuels, ce qui comprend la présentation d'un budget annuel conformément à l'article 25 de la *Provincial Health Authority Act*, ainsi que d'états financiers vérifiés et d'autres informations financières et statistiques tout au long de l'année, selon les besoins.

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 2024–2025, ces documents comprennent les comptes publics et le budget 2024–2025 (en anglais seulement). 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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
1. Nombre en date du 31 mars	522 484	528 143	529 682	533 567	535 341

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Établissements publics	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
2. Nombre	106	106	108	111	119
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	1 188 085 817	1 272 143 186	1 341 025 273	1 694 640 803	2 025 198 650
Établissements privés à but lucratif	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	1	3	3	3	3
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	3 017 568	4 432 341	5 579 380	7 988 301	9 928 672

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	1 387	1 160	1 293	1 821	1 375
7. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	19 577 883	20 075 920	19 353 495	40 157 671	32 200 743
8. Nombre total de demandes, patients externes	14 646	17 004	17 322	24 552	17 648
9. Total des paiements, patients externes ($)	6 142 889	6 362 269	6 937 831	10 985 398	8 614 978

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés pré-approuvés (#)	9	1	0	1	4
11. Total des paiements, patients hospitalisés pré-approuvés ($)	3 710 544	44 748	0	37 079	187 036
12. Nombre total de demandes, patients externes pré-approuvés (#)	69	5	9	31	8
13. Total des paiements, patients externes pré-approuvés ($)	520 539	8 192	33 504	361 029	106 574
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés (#)	33	14	37	40	51
15. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	67 200	13 530	45 920	64 210	64 265
16. Nombre total de demandes, patients externes (#)	62	20	68	139	135
17. Total des paiements, patients externes ($)	3 792	1 240	4 599	11 810	11 244

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
18. Nombre de médecins participants[1,2]	1 383	1 398	1 401	1 410	1 433
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
20. Nombre de médecins non participants	0	0	0	0	0
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte ($)	301 991 513	325 013 123	353 776 212	377 755 493	383 922 583

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
23. Nombre de services	84 900	84 200	117 986	121 151	115 045
24. Total des paiements ($)	6 298 511	5 605 881	8 104 719	8 556 682	8 586 958

[1] Excluant les médecins inactifs. Nombre de médecins salariés et rémunérés à l'acte.

[2] Le rapport sur l'offre de médecins n'est pas encore terminé pour l'exercice 2024–2025, ce chiffre est donc susceptible de changer lorsque le rapport officiel sera finalisé. Le chiffre actuel reflète les médecins des catégories décrites qui étaient inscrits et ont été rémunérés en 2024–2025, qui étaient actifs et qui n'avaient pas de « date de fin » enregistrée auprès du registre des prestataires.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA[3]

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
25. Nombre de services pré-approuvés	1 001	226	609	599	1 061
26. Total des paiements pré-approuvés ($)	179 048	132 418	139 680	79 664	115 094
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
27. Nombre de services non pré-approuvés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
28. Total des paiements non pré-approuvés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES ÉQUIVALENTS À CEUX D'UN MÉDECIN[4]

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
29. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps plein dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
30. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps partiel dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
31. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant en dehors du système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
32. Nombre de dentistes participants	17	13	19	20	17
33. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
34. Nombre de dentistes non participants	0	0	0	0	0
35. Nombre de services fournis	2 888	4 752	5 265	4 752	6 382
36. Total des paiements ($)	416 552	900 340	1 083 488	895 472	1 346 777

[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] T.-N.-L. n'est pas en mesure de fournir une réponse pour l'exercice 2024–2025. Des travaux sont en cours concernant la lettre d'interprétation de la Loi canadienne sur la santé relative aux services équivalents à ceux d'un médecin, publiée le 10 janvier 2025, les modifications communiquées dans la lettre n'entrant en vigueur qu'au 1er avril 2026.

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 dernier rapport annuel de Santé Î.-P.-É. portait sur l'exercice 2024–2025.

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. Le plan d'activités de Santé Î.-P.-É. pour l'exercice 2025–2026 a été publié en octobre 2025.

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 2025, 299 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 2025, un seul médecin 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 comprend 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 de l'accord sur les services médicaux conclu 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. L'accord sur les services médicaux a été signé en août 2024 et comprend un investissement de 188,3 millions de dollars sur une période de cinq ans. Il est entré en vigueur le 1er avril 2025.

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 2024–2025, 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 2024–2025.

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

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

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

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

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

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

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

En date du 31 mars 2025, 171 365 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 d'initiatives et de réalisations au cours de l'exercice 2024–2025, on trouve :

- le lancement du programme d'incitation pour les professionnels paramédicaux de l'Île-du-Prince-Édouard, qui offre une incitation financière unique de 10 000 dollars aux professionnels paramédicaux éligibles et expérimentés afin de pourvoir les postes difficiles à pourvoir au sein de Santé Î.-P.-É;
- la signature d'un nouvel accord de cinq ans entre le ministère de la Santé et du Bien-être, Island EMS et Medacom Atlantic qui vise à améliorer et à moderniser la prestation des services, la transparence et la responsabilité des services de santé d'urgence à l'Île-du-Prince-Édouard;

- avec le ministère de la Santé et du Bien-être, en partenariat avec le Saskatchewan Polytechnic, la mise en place du programme Transition to Registered Nursing in Canada (TRNC) destiné aux infirmières formées à l'étranger;
- l'extension de la couverture des pompes à insuline par le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard à tous les résidents médicalement éligibles atteints de diabète de type 1;
- l'élargissement du programme de sevrage tabagique de l'Île-du-Prince-Édouard, qui élargit l'accès aux thérapies de substitution nicotinique et aux médicaments de sevrage tabagique sur ordonnance en les rendant disponibles dans les pharmacies locales;
- le recrutement de médecins : 4 médecins associés ont été embauchés en 2024 (2 médecins associés en médecine familiale, 1 médecin associé en psychiatrie et 1 médecin associé en médecine interne);
- 18 nouveaux médicaments et des indications élargies qui ont été ajoutés au formulaire provincial d'assurance-médicaments et au formulaire du centre de traitement du cancer de Santé Î.-P.-É. Les nouveaux médicaments aident à traiter six types différents de cancer ainsi que diverses maladies, notamment les maladies cardiovasculaires, les maladies rénales et les troubles cutanés. Les indications élargies permettront d'étendre l'utilisation des médicaments, ce qui facilitera l'accès des patients aux traitements dont ils ont besoin.

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. L'accord quinquennal sur les services médicaux conclu entre la Medical Society de l'Î.-P.-É et le Ministère couvre la période du 1er avril 2024 au 31 mars 2029.

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. La rémunération fondée sur un autre mode de paiement (autre que la rémunération à l'acte) constitue le principal mode de rémunération pour près de 70 pour cent des médecins de l'Île-du-Prince-Édouard (à l'exclusion des suppléants et des spécialistes itinérants). Ces méthodes comprennent le salariat, la vacation et le contrat de service.

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'entente-cadre 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, cela a notamment été mentionné dans des documents publics tels que les prévisions des recettes et des dépenses de la province de l'Île-du-Prince-Édouard pour 2024–2025, qui ont été déposées à l'Assemblée législative et sont accessibles au public.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a également reconnu publiquement l'importante contribution du gouvernement fédéral au système de santé provincial par le biais d'accords bilatéraux tels que l'Accord Canada-Î.-P.-É. Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé au Canada et l' Accord de financement entre le Canada et l'Île-du-Prince-Édouard pour vieillir dans la dignité.

PERSONNES INSCRITES

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
1. Nombre en date du 31 mars	160 279	157 157	160 356	171 708	171 365

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Établissements publics	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
2. Nombre	7	7	7	7	7
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	248 936 875	260 481 548	277 119 271	296 212 423	339 750 489
Établissements privés à but lucratif	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	0	0	0	0	1
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	0	0	0	0	0

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	2 183	1 958	2 042	2 620	2 616
7. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	21 258 749	24 442 346	26 197 286	33 830 752	35 574 366
8. Nombre total de demandes, patients externes	13 976	14 977	15 989	17 109	17 976
9. Total des paiements, patients externes ($)	6 411 393	6 281 510	7 176 808	8 497 819	10 065 347

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés pré-approuvés (#)	2	1	3	1	2
11. Total des paiements, patients hospitalisés pré-approuvés ($)	566 727	2 314	27 763	56 887	278 088
12. Nombre total de demandes, patients externes pré-approuvés (#)	3	2	0	9	9
13. Total des paiements, patients externes pré-approuvés ($)	360 228	901	0	3 082	79 142
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés (#)	3	13	16	18	21
15. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	567 931	82 894	132 776	126 519	428 380
16. Nombre total de demandes, patients externes (#)	12	14	9	0	0
17. Total des paiements, patients externes ($)	5 012	4 368	4 033	0	0

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
18. Nombre de médecins participants	409	462	484	535	299
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	1
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 ($)	92 021 323	94 718 265	98 552 852	105 183 955	110 830 176
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte ($)	75 081 965	80 413 122	81 757 968	86 310 935	91 445 059

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
23. Nombre de services	105 503	113 185	129 002	138 109	133 991
24. Total des paiements ($)	11 041 025	11 606 231	12 983 065	14 479 310	15 870 953

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
25. Nombre de services pré-approuvés	241	2	2	58	84
26. Total des paiements pré-approuvés ($)	119 191	12 887	5 093	60 974	172 374
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
27. Nombre de services non pré-approuvés	29	63	118	177	242
28. Total des paiements non pré-approuvés ($)	2 490	8 257	9 704	15 777	21 459

SERVICES ÉQUIVALENTS À CEUX D'UN MÉDECIN

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
29. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps plein dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
30. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps partiel dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
31. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant en dehors du système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
32. Nombre de dentistes participants	4	3	3	3	3
33. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
34. Nombre de dentistes non participants	0	0	0	0	0
35. Nombre de services fournis	451	486	508	496	479
36. Total des paiements ($)	133 800	156 621	154 301	143 749	149 357

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 Néo-Écossais 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 le leadership et de garantir la responsabilisation en matière de financement du système de santé. Le Ministère qui comprend le Bureau du recrutement des professionnels de la santé poursuit sa collaboration avec le Bureau des dépendances et de la santé mentale et le ministère des Aînés et des soins de longue durée.

La Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (NSHA) et le Centre de santé 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 couvrent les services hospitaliers et les services médicaux. Des services tels que les soins à domicile, les soins de longue durée et le soutien pharmaceutique sont également 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*.

La transformation du système de santé est la priorité du Ministère en 2024–2025. Dans le cadre du plan stratégique Action For Health (en anglais seulement), le gouvernement a élaboré une feuille de route pluriannuelle pour transformer le système de santé.

- Action for Health fournit un cadre, identifiant les priorités de l'année, en partenariat avec le Bureau des dépendances et de la santé mentale (OAMH), le Bureau de recrutement des professionnels de la santé, la NSHA et le Centre de santé IWK;
- Présente des solutions pour créer un système de santé de classe mondiale qui sera prêt lorsque les Néo-Écossais en auront besoin, qui répondra à leurs besoins et qui leur fournira des soins fiables sur lesquels ils pourront compter.

Une approche pangouvernementale est adoptée pour mettre en œuvre Action For Health et elle nécessite des solutions et des investissements intégrés à l'échelle du système pour changer la trajectoire de notre système de santé en Nouvelle-Écosse. Action For Health met l'accent sur l'innovation et la recherche de nouvelles façons de résoudre les problèmes générationnels de longue date au sein du système de santé.

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

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

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

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 de la Santé et du Mieux-Être.

En mars 2025, la Nouvelle-Écosse a modifié la HSIA pour préciser la façon dont les programmes de prestations d'assurance maladie complémentaires interagissent avec l'assurance privée et des programmes fédéraux.

Ces changements confirment que la Nouvelle-Écosse agit en tant que « payeur de dernier recours », ce qui signifie que la province ne paie que si aucune autre couverture n'est disponible. Les prestataires sont désormais autorisés à facturer des tarifs plus élevés aux assureurs privés et aux programmes fédéraux, lorsque ces derniers paient davantage, tandis que les patients restent entièrement protégés contre toute dépense à leur charge pour les services assurés.

Ces changements s'appuient sur les modifications à la HSIA en 2023, qui ont créé les programmes de payeurs de derniers recours. Ils sont mieux harmonisés avec les politiques provinciales relatives au fonctionnement de l'assurance par un tiers, tout en demeurant entièrement conformes à la *Loi canadienne sur la santé*. La province continue de couvrir intégralement les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical, tandis que les services tels que l'optométrie et les soins dentaires peuvent être couverts sur la base du payeur de dernier recours.

En 2024–2025, aucune modification n'a été apportée aux règlements *Hospital Insurance Regulations* et *Medical Services Insurance Regulations*.

1.2 Liens hiérarchiques

1. Assurance hospitalisation

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

2. 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 quatre 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 et de plans de financement universitaire.

Au nom du ministre de la Santé et du Mieux-Être, 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 *Health Authorities Act*, une autorité de la santé est tenue de présenter au ministre de la Santé et du Mieux-Être, 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 ont été les suivants :

- Préparation à la cybersécurité dans les services de santé : ministère de la Santé et du Mieux-Être, cybersécurité et solutions numériques, et Santé Nouvelle-Écosse (octobre 2024) (en anglais seulement);
- Optimisation des ressources : développement des établissements de soins de transition (février 2024) (en anglais seulement);
- Projet de nouvelle génération QEII – Agrandissement de l'infirmerie de Halifax et centre communautaire de consultation externe – Phase II (juillet 2020) (en anglais seulement);
- Projet de nouvelle génération QEII – Agrandissement de l'infirmerie de Halifax et centre communautaire de consultation externe (décembre 2019, chapitre 2) (en anglais seulement).

Pour en savoir plus, consultez 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 tarifs des médecins sont fixés sur la base de l'accord négocié avec les médecins par le biais de 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.

Le régime 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 pharmaceutiques, 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 du programme et des audits. 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 *Health Services and Insurance Act*. Le règlement *Hospital Insurance Regulations* découle de la loi.

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

- l'hébergement et la fourniture de repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les tests de laboratoire, les examens radiologiques et les autres actes diagnostiques;
- les 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'érythromélalgie;
- 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 *Health Autorities Act*, les plans opérationnels doivent être soumis le 1er novembre de chaque année et approuvés par le ministre de la Santé et du Mieux-être.

2.2 Services médicaux assurés

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

En date du 31 mars 2025, 3 056 médecins étaient rémunérés au moyen du régime d'assurance médicale (Medical Services Insurance [MSI] Plan).

Le médecin conserve le droit de participer au régime MSI, ou de s'en retirer. Pour ce faire, le médecin notifie le régime 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 2025, 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;
- soins d'affirmation de genre;
- 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 2024–2025, la Nouvelle-Écosse a rendu permanents les soins virtuels afin de permettre aux médecins de facturer les services non procéduraux assurés fournis par téléphone ou sur une autre plateforme virtuelle. Cette mesure a été prise en modifiant la politique de la Nouvelle-Écosse relative à la fourniture de services de santé virtuels financés par le secteur public (Provision of Publicly Funded Virtual Health Services). Toutefois, l'une des modalités de paiement offertes aux médecins généralistes, la médecine familiale longitudinale (MFL), comporte une exigence contractuelle selon laquelle plus de 50 % des services doivent être fournis en personne.

Le comité des honoraires est décrit à l'article 4.1(d) de l'accord négocié avec les médecins de 2023. 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 régime MSI. Le comité des honoraires fournit des conseils et des recommandations au groupe de gestion de l'accord avec les médecins 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 équivalents à ceux d'un médecin

Des travaux sont en cours concernant la lettre d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* relative aux services équivalents à ceux d'un médecin, publiée le 10 janvier 2025, les modifications communiquées dans cette lettre n'entrant en vigueur qu'au 1er avril 2026.

2.4 Services de chirurgie dentaire assurés

Pour offrir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, les dentistes doivent être membres agréés de la Nova Scotia Dental Association et détenir un certificat dans une spécialité de chirurgie dentaire. Ils doivent également disposer des privilèges des autorités de santé pour la prestation de services dans des hôpitaux précis. En vertu de la *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 2024–2025, 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.

2.5 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 *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. La dernière radiation significative de servicesremonte 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 *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 2024–2025, 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;
- elle n'est pas touriste, de passage ou en visite.

Les résidents qui sont citoyens canadiens ou possèdent le statut de « résident permanent » selon la définition d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) doivent être ordinairement présents en Nouvelle-Écosse pour demeurer admissible.

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 (MSI) à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée. Les personnes d'autres pays qui s'établissent en permanence en Nouvelle-Écosse sont admissibles à compter de la date d'arrivée dans la province, à condition d'être citoyens canadiens ou d'être résident permanent tel que défini par IRCC.

Les personnes assurées en vertu de la *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'étranger, ne sont pas admissibles à la couverture du régime d'assurance hospitalisation (Hospital Insurance) et du régime MSI (comme les membres des Forces armées canadiennes, les détenus fédéraux ou 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 2024–2025, 1 135 188 résidents au total étaient inscrits au régime d'assurance maladie de la province.

Les critères d'admissibilité au programme d'assurance maladie de la Nouvelle-Écosse sont en cours de révision.

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.

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 2024–2025, 95 570 résidents permanents étaient inscrits au programme d'assurance maladie.

Réfugiés : Les réfugiés sont admissibles dès lors qu'ils ont obtenu le statut de résident permanent auprès de IRCC ou qu'ils possèdent un permis de travail ou d'études.

Forces armées canadiennes : Les conjoints ou conjoints de fait et les personnes à leur charge des membres 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 ou conjoints de fait et les personnes à leur 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 ou conjoint de fait 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 ou conjoints de fait et les personnes à charge qui ont légalement le droit de rester au Canada sont admissibles au même titre que le travailleur.

Une fois que la couverture a pris fin, 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 étendue à lui-même, à son conjoint ou conjoint de fait et aux personnes à sa charge.

Travailleurs religieux : Les religieux 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, leurs conjoints ou conjoints de fait et les personnes à leur charge 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 2024–2025, 30 749 personnes détenant un permis de travail étaient couvertes par le programme 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 ont droit à la couverture du régime 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 ou conjoints de fait et les personnes à charge, qui sont légalement autorisées à demeurer au Canada, sont couvertes selon les mêmes modalités que l'étudiant.

En 2024–2025, 4 131 titulaires d'un permis d'études étaient couverts par le programme 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 ou conjoints de fait 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.

Permis de séjour (PST) : Les personnes auxquelles IRCC a accordé le statut lié au PST ne sont pas admissibles à moins qu'elles ne remplissent les conditions d'admissibilité pour la résidence et ne détiennent 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 d'assurance médicale (Medical Services Insurance [MSI] Plan) 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 à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance-santé, renouvelé en 2025, 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 pour une période maximale de trois mois, conformément à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité. Les étudiants, leurs conjoints ou conjoints de fait 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 2024–2025 pour les services hospitaliers et les services de consultation externe fournis dans d'autres provinces et territoires a atteint 34 139 391 $.

Les résidents de la Nouvelle-Écosse continuent d'être admissibles au régime MSI pendant leurs vacances à l'extérieur de la province jusqu'à sept mois à l'étranger et jusqu'à six mois au Canada, par année civile, et continueront d'être considérés comme des résidents si les conditions suivantes sont remplies :

- 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 2024–2025, les résidents qui recevaient des soins d'hémodialyse à l'étranger avaient droit à un remboursement jusqu'à concurrence de 643 $ par jour, à condition qu'ils présentent la facture officielle 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'étranger. 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 de la Nouvelle-Écosse ou du Canada, leurs conjoints ou conjoints de fait 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 régime 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, les étudiants internationaux, leurs conjoints ou conjoints de fait et les personnes à leur charge sont couverts pour les services assurés reçus à l'extérieur de la province.

Le montant total des dépenses en 2024–2025 pour les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger était de 1 919 442. La Nouvelle-Écosse ne couvre pas les soins en consultation externe fournis à l'étranger.

En 2024–2025, le nombre total de résidents inscrits au programme d'assurance maladie était de 1 135 188.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Il existe deux catégories d'autorisations préalables

À l'étranger

Une autorisation préalable est requise dans le cas de services facultatifs fournis à l'étranger. Le spécialiste compétent 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.

En dehors de la Nouvelle-Écosse et au Canada

Les résidents de la Nouvelle-Écosse qui sont temporairement absents de la province, ou qui sont référés médicalement à l'extérieur de la province pour un traitement assuré, sont admissibles à la couverture du régime provincial. La couverture au Canada est conforme aux conditions qui s'appliquent aux résidents qui reçoivent des services assurés en Nouvelle-Écosse. Les services doivent être reçus dans un hôpital public agréé et faire l'objet d'une facturation réciproque conformément aux accords interprovinciaux de facturation réciproque.

Les Néo-Écossais qui sont orientés par leur prestataire de soins de santé vers un service assuré médicalement nécessaire en dehors de la Nouvelle-Écosse peuvent bénéficier d'une aide financière. Tous les services médicaux ne sont pas couverts par le régime MSI et les résidents ne peuvent pas s'auto-référer. La demande d'autorisation préalable est présentée au médecin consultant du régime MSI par un spécialiste compétent en Nouvelle-Écosse au nom d'un résident assuré, comme décrit ci-dessus.

Les résidents qui ne bénéficient pas d'une autorisation préalable sont responsables de tous les coûts qui ne sont pas couverts par le programme d'assurance maladie. L'autorisation préalable du régime MSI n'est pas nécessaire pour les résidents qui sont prêts à payer eux-mêmes tous les frais.

Tous les services médicalement nécessaires préapprouvés, fournis en hospitalisation ou en ambulatoire, sont assurés à 100 %.

Une autorisation préalable est requise avant d'envoyer un patient en dehors de la Nouvelle-Écosse pour un traitement de la toxicomanie ou un traitement psychiatrique. L'autorisation préalable doit être demandée par l'intermédiaire du médecin consultant du régime MSI, comme indiqué ci-dessus.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

L'article 3 de la *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. Les régimes de la province (Medical Services Insurance [MSI] Plan et Hospital Insurance Plan) ne prévoient pas de frais modérateurs ni de frais supplémentaires. 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 :

Par 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 *Health Services and Insurance Act* 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 de la Santé et du Mieux-être.

Le paiement à l'acte est l'une des sources de financement des services médicaux, 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 ou offre une autre option en matière de rémunération pour répondre aux préférences des médecins et favoriser le recrutement et la rétention. L'un de ces modes de rémunération, lancé dans le cadre de l'accord de 2023 avec les médecins, est le modèle de médecine familiale longitudinale, qui offre une option de rémunération contractuelle pour la prestation de soins de première ligne. 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.

La province a également recours à d'autres programmes de financement tels que les accords d'urgence, le financement à la séance et le financement de la suppléance. En Nouvelle-Écosse, la rémunération et le suivi de celle-ci font partie des prestations du régime MSI. L'article 10 de l'accord de 2023 avec les médecins stipule que le Ministère a le droit d'effectuer des audits auprès des médecins en ce qui concerne les services médicaux assurés faisant l'objet d'une demande de remboursement. L'annexe « K » de l'accord avec les médecins décrit les processus d'audit de la facturation, y compris un comité d'audit du groupe de gestion de l'accord avec les médecins chargé d'examiner le processus d'audit et de formuler des recommandations. 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 *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 *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 2024–2025, la Nouvelle-Écosse comptait 3 547 lits (soit 3,28 lits pour 1 000 résidents). Les dépenses directes du Ministère pour les coûts de fonctionnement des services hospitaliers assurés étaient de 3 550 637 123 $.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

La contribution financière du gouvernement fédéral pour les services hospitaliers et les services de santé assurés fournis aux résidents de la Nouvelle-Écosse est reconnue dans la *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 2024–2025, publiés en septembre 2025;
- les prévisions budgétaires et des renseignements supplémentaires pour 2024–2025, publiés en février 2024.

PERSONNES INSCRITES

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
1. Nombre en date du 31 mars	1,062,223	1,079,880	1,101,152	1,127,280	1,135,188

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Établissements publics	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
2. Nombre	35	35	35	35	35
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)[1]	2 186 870 916	2 220 898 704	2 640 425 842	3 198 287 898	3 550 637 123
Établissements privés à but lucratif	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés[2]	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	1 922	2 035	2 595	2 792	2 568
7. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	26 464 737	29 936 426	31 518 984	47 403 588	50 939 789
8. Nombre total de demandes, patients externes	22 008	28 499	28 044	30 191	33 981
9. Total des paiements, patients externes ($)	8 894 815	9 734 282	9 172 772	11 687 573	15 206 910

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

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

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés pré-approuvés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Total des paiements, patients hospitalisés pré-approuvés ($)	8,640,992	5,036,502	1,822,948	4,638,557	1,665,692
12. Nombre total de demandes, patients externes pré-approuvés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
13. Total des paiements, patients externes pré-approuvés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
15. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	108,240	45,825	89,887	251,204	253,750
16. Nombre total de demandes, patients externes (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
17. Total des paiements, patients externes ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
18. Nombre de médecins participants	2,803	2,906	3,033	3,022	3,056
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	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	888,887,594	923,670,325	968,981,019	1,058,437,659	1,191,306,690
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte ($)	304,525,329	376,406,902	391,076,855	392,348,830	392,072,718

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
23. Nombre de services	176 875	199 358	318 998	192 013	202 743
24. Total des paiements ($)	6 346 214	6 894 731	8 937 052	8 518 386	9 101 279

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
25. Nombre de services pré-approuvés	68	75	52	67	59
26. Total des paiements pré-approuvés ($)	168 335	101 973	35 265	325 855	166 137
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
27. Nombre de services non pré-approuvés	127	295	346	417	793
28. Total des paiements non pré-approuvés ($)	11,046	22,283	22,444	33,562	66,243

SERVICES ÉQUIVALENTS À CEUX D'UN MÉDECIN

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
29. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps plein dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
30. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps partiel dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
31. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant en dehors du système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
32. Nombre de dentistes participants	18	18	19	17	18
33. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
34. Nombre de dentistes non participants	0	0	0	0	0
35. Nombre de services fournis[3]	6,303	6,732	7,172	7,972	9,100
36. Total des paiements ($)[4]	1,385,924	1,208,317	1,478,687	1,477,409	1,521,604

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

[4] 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 r*èglement* établissent qui est admissible au régime de services médicaux, les droits du patient et les responsabilités du ministère 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 rédige et présente un rapport annuel à l'Assemblée législative et fournit 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 plus récent 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 de 2024 présente les résultats de l'audit de performance concernant les contrats du personnel infirmier mobile. Les principales conclusions du rapport sont disponibles ici. Le volume II du rapport du vérificateur général de 2024 présente les résultats de l'audit de performance portant sur l'accès aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale. 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 rè*glement* d'application 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 2024–2025, 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 r*èglement* connexe énoncent les services médicaux assurés. Au 31 mars 2025, on comptait 1 920 médecins participants, y compris des assistants cliniques, au Nouveau-Brunswick.

Les soins virtuels ont été introduits pendant la pandémie de COVID-19. Les médecins peuvent continuer de facturer certains services assurés fournis virtuellement, pourvu que ces services ne nécessitent pas d'examen physique.

Un médecin ou un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale pratiquant dans la province, hors des dispositions de la *Loi sur le paiement des services médicaux* et de son r*èglement* (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 r*èglement* 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 peut demander l'ajout d'un nouveau service. Toutes les demandes sont étudiées 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 diagnostiquer ou traiter une blessure, une maladie ou une incapacité. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

En 2024–2025, le *Règlement général – Loi sur le paiement des services médicaux* a été modifié afin de permettre le paiement des avortements chirurgicaux pratiqués à l'extérieur des hôpitaux.

2.3 Services équivalents à ceux d'un médecin

La définition de « services médicalement nécessaires équivalents à ceux d'un médecin » reste floue, car la lettre d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* du 10 janvier 2025 n'est pas encore entrée en vigueur. Cependant, on peut raisonnablement supposer que le champ d'exercice actuel des infirmières et infirmiers praticiens (IP) et des pharmaciens peut inclure des services qui seraient autrement fournis par des médecins.

Le Nouveau-Brunswick compte actuellement 184 IP employés au sein du système de santé public; toutefois, les données concernant leur statut à temps plein ou à temps partiel ne sont pas disponibles. Le Nouveau-Brunswick ne recueille pas non plus de données sur le nombre d'IP travaillant entièrement à l'extérieur du système public de santé ni a accès à de telles données.

La majorité des IP financés par des fonds publics au Nouveau-Brunswick sont employés par les régies régionales de la santé (RRS), offrant des soins dans divers milieux, tels que les centres de santé communautaires, les cliniques dirigées par des IP, les services d'urgence et de soins urgents, les services de traitement des dépendances et de santé mentale, ainsi que les programmes de santé sexuelle.

Tout IP exerçant à l'extérieur du système public et facturant directement les patients sera facturé par les RRS pour les tests diagnostiques ou de laboratoire prescrits, ce qui ajoutera des difficultés financières et opérationnelles supplémentaires à la pratique privée des IP.

Le nombre de postes de pharmaciens budgétés au sein des RRS du Nouveau-Brunswick ne donne qu'une image partielle des effectifs, car il exclut les postes occasionnels et temporaires, les employés en congé et les détails sur le statut d'emploi (p. ex. à temps partiel ou à temps plein). Au 31 mars 2025, le Réseau de santé Vitalité comptait 48 postes de pharmacien budgétés, dont 11 sont actuellement vacants. Le Réseau de santé Horizon compte 88 postes budgétés, dont deux sont vacants. Ces données reflètent les niveaux de dotation en personnel prévus, mais ne représentent pas le nombre total de personnes occupant activement ces postes.

2.4 Services de chirurgie dentaire assurés

L'annexe 4 du *Règlement général – 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.

En outre, un dentiste généraliste peut être rémunéré pour assister un autre dentiste dans la prestation de services médicalement nécessaires sous certaines conditions. Les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ont accès à environ 290 codes de facturation. Ils peuvent admettre des patients ou autoriser leur sortie en plus d'effectuer des examens physiques, y compris en services de consultation externe. Ils peuvent également recevoir des patients en consultation dans leur cabinet pour des services assurés.

En date du 31 mars 2025, 14 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 2024–2025, aucun nouveau service dentaire n'a été ajouté à la liste des services assurés.

2.5 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 inverti;
- 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'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, à l'exception des examens de dossiers médicaux ou de certificats dans le cadre d'une évaluation psychiatrique médico-légale ordonnée par un tribunal;
- 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 de services médicaux. 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 sur le paiement des services médicaux* 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 2024–2025, 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.

En date du 31 mars 2025, il y avait 860 435 personnes activement inscrites au régime du Nouveau-Brunswick. Vous trouverez ci-dessous le nombre de personnes inscrites dans les catégories demandées :

- Clergé étranger – 27
- Personnel de l'OTAN – 5
- Permis ministériel – 2
- Résidents permanents* – 55 911

* 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 (IRCC). 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. IRCC 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 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, 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 2024–2025.

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 2024–2025.

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 2024–2025.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les résidents qui travaillent temporairement à l'extérieur du Canada bénéficient d'une couverture de 182 jours. Cette période peut être prolongée jusqu'à 12 mois dans une période de trois ans avec l'approbation du directeur des opérations de l'assurance-maladie. 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 opérations de l'assurance-maladie. 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 de l'Assurance-maladie et des services médicaux 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.

Même si les conditions susmentionnées sont remplies, il est obligatoire de demander l'approbation préalable de l'assurance-santé pour pouvoir 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 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 de traitement des dépendances et 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*.

De plus, en partenariat avec les régies régionales de la santé (RRS), le Ministère examine des mécanismes proactifs afin qu'aucuns frais ne soient exigés aux citoyens pour les services de soins primaires offerts par les prestataires au Nouveau-Brunswick.

Vingt-trois demandes de remboursement des services offerts au privé aux patients ont été reçues au cours de l'exercice 2024–2025, allant du remboursement d'une prise de sang dans un site de collecte privé au remboursement d'une IRM dans un établissement privé, en passant par 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 par la Direction de l'assurance-maladie et des services aux Médecins du Ministère.

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 2024–2025, le Ministère s'est concentré sur les priorités suivantes en matière de soins de santé :

- En novembre 2024, le Ministère a présenté les modifications nécessaires pour améliorer l'accès aux services d'avortement en modifiant le *Règlement 84–20* pris en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* afin d'étendre la couverture de l'assurance-maladie aux avortements chirurgicaux pratiqués en dehors des hôpitaux.

- La *Loi sur les établissements de santé* est entrée en vigueur, créant ainsi des possibilités d'améliorer l'accès aux interventions chirurgicales mineures.
- Santé publique Nouveau-Brunswick a élargi le programme de vaccination public. Le vaccin contre le VRS a été mis à la disposition des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans des établissements de soins de longue durée, et des patients en réadaptation dans les hôpitaux et les centres de réadaptation. Un nouveau vaccin contre le pneumocoque a été mis à la disposition des adultes âgés de 65 ans et plus et des enfants.
- Au cours de l'exercice financier 2024–2025, 173 postes équivalents temps plein (ETP) ont été financés, pour un total de 1,76 million de dollars, dans le cadre du programme incitatif pour des postes en soins infirmiers difficiles à pourvoir afin de soutenir les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers praticiens dans les régions à forte demande et mal desservies, en particulier les zones rurales. Ces mesures incitatives ciblées jouent un rôle essentiel pour alléger immédiatement la charge de travail du personnel, améliorer le maintien en poste et maintenir la compétitivité sur un marché du travail tendu. En remédiant à la pression liée à la charge de travail et en assurant une couverture flexible, le programme contribue également à améliorer le moral du personnel et à assurer la stabilité à long terme de la main-d'œuvre au sein du Réseau de santé Horizon (82,1 ETP) et du Réseau de santé Vitalité (91 ETP).
- Lien Santé NB (LSNB), qui permet aux patients qui n'ont pas de médecin ou d'IP d'avoir accès à des services de soins primaires, s'est étendu pour couvrir toutes les zones de santé de la province. Plus de 64 000 patients avaient accès à LSNB le 31 mars 2025. LSNB a remplacé la liste d'Accès Patient NB en tant que registre provincial pour les personnes en attente d'un jumelage permanent avec un médecin de famille ou une IP.
- Au total, douze affections courantes et services sont financés et pris en charge par les pharmaciens du Nouveau-Brunswick. Plus de 207 000 services ont été fournis par les pharmaciens au cours du dernier exercice. Trois affections supplémentaires seront ajoutées à la liste au cours du prochain exercice.

Le Nouveau-Brunswick a conclu un contrat avec eVisitNB inc. afin de fournir des services de santé virtuels aux résidents titulaires d'une carte d'assurance-maladie valide. Ces services sont fournis par l'intermédiaire de la plateforme Maple par des IP autorisés dans la province et employées par eVisitNB.

Le Nouveau-Brunswick continue d'investir dans des modèles de soins financés par l'État et fondés sur le travail d'équipe, qui regroupent des médecins, des IP, des infirmières et des professionnels paramédicaux. Le Réseau de santé Vitalité a mis sur pied 26 équipes de santé familiale, formées de 155 médecins et IP. Le Réseau de santé Horizon a formé 49 équipes dans divers milieux, comprenant 58 médecins et 57 IP. La province soutient également trois cliniques dirigées par des IP, qui s'organisent désormais en équipes interdisciplinaires. De plus, l'initiative

Médecine familiale N.-B., mise en œuvre en partenariat avec le ministère de la Santé et la Société médicale du Nouveau-Brunswick, comprend 21 équipes comptant 87 médecins, 12 IP, 37 infirmières et 67 professionnels paramédicaux.

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 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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
1. Nombre en date du 31 mars	791 138	805 375	825 607	845 733	860 435

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Établissements publics	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
2. Nombre	67	67	67	67	69
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	1 963 401 676	2 077 957 401	2 404 681 731	2 768 286 676	2 821 345 376
Établissements privés à but lucratif[1]	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	0	0	0	3	6
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	0	0	0	9 925 348	9 487 882

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	2 514	2 666	3 270	3 708	4 049
7. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	33 127 169	40 120 459	55 393 984	75 655 095	74 527 561
8. Nombre total de demandes, patients externes	36 183	40 591	44 751	46 223	47 608
9. Total des paiements, patients externes ($)	14 621 209	15 762 984	19 659 704	22 169 819	27 132 074

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés pré-approuvés (#)	10	10	3	1	1
11. Total des paiements, patients hospitalisés pré-approuvés ($)	26 474	32 061	11 447	700	8 150
12. Nombre total de demandes, patients externes pré-approuvés (#)	12	7	5	2	26
13. Total des paiements, patients externes pré-approuvés ($)	2 027	1 444	223	12 460	95 419
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés (#)	12	11	35	61	79
15. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	3 652	23 341	127 396	52 624	55 693
16. Nombre total de demandes, patients externes (#)	88	110	295	378	433
17. Total des paiements, patients externes ($)	160 991	174 347	304 366	384 715	397 651

[1] En 2023–2024, la Loi sur le paiement des services médicaux a été modifiée, en conséquence de la Loi sur les établissements de santé, pour permettre à une régie régionale de la santé de conclure un accord pour la prestation de services chirurgicaux en dehors d'un hôpital et pour que le régime d'assurance-santé paie les chirurgiens pour les services rendus dans ces établissements chirurgicaux. Le montant indiqué comprend les frais de plateau et les frais de services médicaux payés pour la réalisation d'interventions chirurgicales dans ces établissements.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
18. Nombre de médecins participants[2]	1 771	1 820	1 858	1 878	1 920
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 ($)[3]	627 284 780	689 788 846	695 816 914	687 559 508	831 511 419
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte ($)	399 494 993	412 058 093	418 466 815	463 379 314	488 623 176

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
23. Nombre de services	159 625	189 582	214 440	219 672	204 217
24. Total des paiements ($)	15 258 372	18 497 994	21 823 896	23 126 951	25 223 794

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
25. Nombre de services pré-approuvés	23	37	17	4	136
26. Total des paiements pré-approuvés ($)	6 233	18 650	4 972	10 097	115 651
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
27. Nombre de services non pré-approuvés	606	643	1,354	1,525	2,036
28. Total des paiements non pré-approuvés ($)	63 610	80 770	110 556	143 038	200 686

SERVICES ÉQUIVALENTS À CEUX D'UN MÉDECIN

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
29. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps plein dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	184[4]
30. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps partiel dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
31. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant en dehors du système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

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

[3] Total des paiements pour l'ensemble des modes de rémunération.

[4] Nombre d'IP à temps plein travaillant dans le système public en septembre 2025.

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
32. Nombre de dentistes participants[5]	11	12	11	15	14
33. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
34. Nombre de dentistes non participants	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
35. Nombre de services fournis	1,799	1,454	1,211	1,291	1,441
36. Total des paiements ($)	357,961	298,050	358,895	364,149	459,341

[5] 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.

À noter que, l'ensemble des données publiques du système de santé québécois se trouvent sur le Tableau de bord – Performance du réseau de la santé et des services sociaux.

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.

Les livres et les comptes de la Régie sont vérifiés chaque année par le Vérificateur général du Québec et 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 INTÉGRALITÉ

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.

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 ainsi qu'aux services afférents 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 1er 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.

La Régie couvre également certains services offerts en pharmacie remboursés par la *Loi sur l'assurance maladie* tels que la vaccination 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'anisométropie 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 tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique et l'usage des radionucléides in vivo chez l'humain, à moins que ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier;
- l'ultrasonographie, à moins que ce service ne soit rendu, soit dans un centre hospitalier ou par un radiologiste ou encore, à des fins obstétricales, dans un centre local de services communautaires reconnu à cet effet;
- la tomographie 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.

3.2 Certaines autres catégories de personnes

Une personne incarcérée dans un pénitencier fédéral ne perd pas sa qualité de personne qui réside au Québec lorsqu'elle est détenue dans un pénitencier fédéral. Elle demeure admissible au régime d'assurance maladie du Québec. Les soins de santé sont assumés par le gouvernement fédéral pendant la période de détention. La personne incarcérée est admissible au Régime général d'assurance médicaments et la RAMQ en assume leur couverture. En revanche, si la personne incarcérée n'était pas une personne qui réside au Québec avant son incarcération, elle devient une personne qui réside au Québec à sa date de libération, si elle s'établit au 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 admissibles en provenance d'un autre pays qui reçoivent des prestations d'aide financière avec carnet de réclamation pourraient voir leur délai de carence écourté à la date du début des prestations d'aide financière.

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.

3.2.1. 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 démontrée.

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 1er 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 LAM. 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 % 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 leur 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.L'ensemble des informations précises sur la structure du réseau de la santé du Québec est disponible en ligne.

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.

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 (30e) jour qui suit la date de la mise à la poste et le réengagement prend effet le huitième (8e) 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 »).

- La Régie est responsable de l'application des ententes de rémunération des professionnels de la santé et du contrôle de 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 monitorage (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 91,63 milliards de dollars au cours de l'exercice 2024–2025[1].

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 les services de santé publique par le biais de programmes tels que l'assurance maladie, l'assurance médicaments, les appareils fonctionnels, les services psychiatriques médicolégaux et le logement supervisé, les services de soins à domicile et communautaires, la santé communautaire et publique, la promotion de la santé et prévention des maladies. Il réglemente également les hôpitaux, les laboratoires médicaux et les centres de collecte d'échantillons, l'imagerie diagnostique et les services de santé d'urgence.

Santé Ontario est l'organisme de la Couronne qui supervise la planification et la prestation des soins de santé en plus de favoriser l'intégration et la coordination du système de soins de santé de l'Ontario afin qu'il soit efficace et axé sur les besoins des patients et de leurs familles. Santé Ontario finance les hôpitaux, les soins à domicile et en milieu communautaire, Santé à domicile Ontario, les centres de santé communautaire, les équipes interprofessionnelles de soins primaires (p. ex. les équipes de santé familiale, les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien), les soins de longue durée et les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances (à l'exception des programmes et des services en santé mentale pour les enfants et les jeunes

[1] 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 (MSO) dans le présent rapport.

directement financés par le ministère de la Santé en vertu de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*). Le financement est assuré par des ententes de paiement de transfert et des ententes de responsabilisation avec les hôpitaux et autres organismes de soins de santé.

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 3 décembre 2024.

Les comptes du MSO sont publiés annuellement dans les Comptes publics de l'Ontario. Les Comptes publics de l'Ontario de 2024–2025 ont été publiés le 26 septembre 2025.

Le rapport annuel 2024 du vérificateur général de l'Ontario a été publié le 3 décembre 2024[2]. Les sections suivantes font spécifiquement référence au fonctionnement du RASO :

- Audit de performance : Mise en œuvre et surveillance de la Stratégie ontarienne relatives aux opioïdes[3];
- Suivi de l'audit de l'optimisation des ressources de 2022 : Programme de vaccination contre la COVID-19[4];

Le vérificateur général de l'Ontario a également publié, le 31 mars 2025, le Rapport spécial 2025 : Programmes communautaires en matière de santé mentale pour les enfants et les jeunes, qui fait spécifiquement référence au fonctionnement du RASO[5].

[2] www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arbyyear/ar2024-fr.html

[3] www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/audits/fr2024/AR-PA_ONopioid_fr24.html

[4] www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr24/1-05FU_COVIDvacc_fr24.pdf

[5] www.auditor.on.ca/fr/content-fr/specialreports/specialaudits/fr2025/AR-PA_CYMH_fr25.html

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 soins 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 soins 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 ci-dessus afin que les découvertes médicales et technologiques soient automatiquement incluses une fois qu'elles sont reconnues dans la pratique en Ontario.

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 (MSO) 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 MSO a l'obligation de consulter et de demander l'avis de l'AMO sur les enjeux importants relatifs à la politique et au système de soins de santé qui touchent les médecins. De plus, en vertu du cadre d'arbitrage exécutoire, le MSO 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 changements réglementaires et, habituellement, un processus de consultation publique est mis en place par l'intermédiaire du Registre de la réglementation de l'Ontario.

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;

- le counseling et les services de soins de santé mentale;
- 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 (OMCO) 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. Le 24 juillet 2023, l'Ontario a approuvé des modifications législatives qui ont permis la mobilité entre les provinces et territoires pour les médecins titulaires d'un certificat d'exercice indépendant dans d'autres provinces et territoires canadiens. Les médecins admissibles de l'extérieur de la province disposent maintenant de six mois à compter de la date de la demande auprès de l'OMCO pour exercer en Ontario sans permis.

En 2024–2025, la plupart des médecins ont été payés directement par le RASO pour tous les services assurés fournis aux assurés et un petit nombre de médecins ont facturé les montants aux assurés. Les médecins qui ne facturent pas directement leurs services au RASO sont communément appelés « médecin ayant choisi de ne pas participer au RASO ». Lorsqu'un médecin s'est retiré du RASO, 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 RASO.

Environ 37 442 médecins ont soumis des réclamations au RASO en 2024–2025. 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 dix médecins ayant choisi de ne pas participer au 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 ci-dessus, les changements au barème des prestations pour les services médicaux doivent être négociés avec l'AMO.

Le RASO assure deux catégories de services médicaux virtuels (par téléphone et par vidéo).

- **Services de soins virtuels complets** : Services offerts aux patients qui ont une relation existante et continue avec le médecin (p. ex. le patient a été vu en personne dans les 24 derniers mois ou il est inscrit au groupe de soins primaires du médecin).
- **Services de soins virtuels limités** : Services offerts aux patients qui n'ont pas de relation existante avec le médecin, à condition que les soins puissent être dispensés virtuellement de manière appropriée.

Les services de soins virtuels limités sont toujours assurés par le RASO en dehors d'une relation patient-médecin existante ou continue. Même si la structure de paiement diffère en fonction de l'existence d'une relation, les médecins seront toujours rémunérés pour tous les services de soins virtuels médicalement nécessaires et les patients y auront toujours accès.

Autrement dit, les services de soins virtuels médicalement nécessaires sont assurés par le RASO, quelle que soit la façon dont les patients accèdent à ces services (p. ex. par l'intermédiaire de leur médecin de famille, d'un spécialiste, d'une clinique virtuelle sans rendez-vous, etc.) ou peu importe s'ils ont une relation avec le médecin qui dispense les soins virtuels. La structure de prix des soins virtuels reflète adéquatement les caractéristiques des services qui peuvent être fournis selon différentes modalités (p. ex. par vidéo ou téléphone) et dans le cadre de différents types de relations patient-médecin.

Afin d'assurer l'accès à des services spécialisés virtuels, le ministère permet désormais que toutes les consultations vidéo servent à établir et à maintenir une relation médecin-patient pendant 24 mois, ce qui inclut tous les soins de suivi nécessaires. Après 24 mois, plusieurs options s'offrent aux patients ayant besoin de soins continus :

1) le médecin peut continuer à fournir ces services virtuellement, à des tarifs moindres (sans relation);
2) le médecin peut voir le patient en personne pour rétablir la relation, puis continuer à fournir des soins virtuels à des tarifs complets (plus élevés) pendant les 24 prochains mois;
3) autrement, le patient peut se rendre chez son médecin traitant pour lui demander de l'orienter vers une nouvelle consultation vidéo.

Veuillez noter que les soins virtuels visent à compléter les soins en personne, et non à les remplacer.

2.3 Services équivalents à ceux d'un médecin

L'Ontario n'est pas en mesure de fournir une réponse pour l'exercice 2024–2025. Le travail se poursuit concernant la lettre d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé*, publiée le 9 janvier 2025, au sujet des services équivalents à ceux d'un médecin. Les changements communiqués dans la lettre n'entreront pas en vigueur avant le 1er avril 2026.

2.4 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 sur l'assurance-santé* (LAS) 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 maxillo-faciale qui devraient normalement être effectués à l'hôpital;
- les actes de résection de la racine et de curetage apical exécutés dans le cadre d'autres interventions dentaires assurées;
- les extractions dentaires effectuées à l'hôpital pour la sécurité des patients à risque élevé, sous réserve de l'approbation préalable du MSO.

En ce qui concerne les services de chirurgie dentaire assurés, le MSO négocie avec 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 2024–2025, 954 dentistes possédaient un numéro de facturation actif, 231 dentistes avaient facturé le RASO et 723 dentistes possédaient un numéro actif sans avoir facturé le RASO. En vertu de la LEAAAS de 2004, les dentistes doivent soumettre toutes leurs demandes de remboursement pour tout service de chirurgie dentaire assuré au RASO, c'est-à-dire qu'on leur interdit de facturer des services assurés. Aucun dentiste ne peut choisir de s'en retirer ou d'en être exempté en vertu d'un droit acquis.

2.5 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 maxillo-facial ou une sage-femme en raison de l'état du patient;
- le téléphone et la télévision;
- les frais associés à certains services d'une infirmière particulière;
- la fourniture de médicaments à emporter à la maison, avec certaines exceptions;
- 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.

Selon l'article 24 du *Règlement 552* pris en application de la LAS, le traitement d'une affection qui est généralement reconnu en Ontario comme étant expérimental n'est pas assuré non plus.

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, comme la restauration prothétique (ponts fixes et prothèses dentaires) pour remplacer des dents, les traitements orthodontiques, les obturations et les couronnes.

Afin d'assurer le respect des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* visant l'interdiction de 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 dans les cas décrits ci-dessus ou spécifiés dans le *Règlement 552*.

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* 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 la LCSSCI, seul le MSO ou SO peut rembourser des frais d'établissement à un centre de services de santé communautaires intégré 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 LEAAAS 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 LEAAAS 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 LEAAAS 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 veiller à ce que les médecins exercent leur profession de manière sûre et compétente. Cela comprend l'établissement de règlements, de politiques et de normes d'exercice de la profession. 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 MSO 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. Conformément à ces directives, les médecins doivent s'assurer que tous les frais qu'ils facturent pour un service non assuré sont raisonnables et ils doivent toujours tenir compte de la capacité de payer du patient. L'OCMO est également chargé d'enquêter lorsque des plaintes sont déposées contre des médecins, notamment concernant des frais excessifs. Le MSO dirige les patients qui ont des plaintes concernant la pratique médicale vers l'OMCO.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'article 11 de la *Loi sur l'assurance-santé* (LAS) stipule que toute personne résidant en Ontario a le droit de devenir une personne assurée au titre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO), sur demande conformément à la LAS et aux règlements.

Pour être considérée comme résidente 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;
- être physiquement présente en Ontario pendant au moins 153 jours au cours des 183 premiers jours suivant l'obtention du statut de résident, 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 d'autres rares exceptions;
- être physiquement présente en Ontario pendant au moins 153 jours au cours d'une période de 12 mois, sous réserve de certaines exceptions.

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 tel que défini dans le *Règlement 552*. Les services auxquels une personne a droit en vertu de la législation fédérale ne sont pas des services assurés par le RASO. 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 par ServiceOntario qu'une personne n'est pas résidente et n'est pas ou n'est plus admissible à la couverture du RASO, celle-ci (ou son représentant dûment mandaté) 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). Les personnes qui ne sont pas d'accord avec la décision du CEAAS concernant leur admissibilité au RASO peuvent faire appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé.

La LAS n'autorise pas le MSO ou toute autre personne à fournir une couverture du RASO aux personnes qui ne sont pas admissibles en vertu du *Règlement 552* de la LAS.

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 ci-dessous, la période d'attente pour bénéficier de la couverture du RASO a été supprimée en 2020.

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 2025, il y avait 15 266 167 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* (LIPR) du gouvernement fédéral.

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 LIPR 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 pour l'adoption seulement) sont admissibles à la couverture du RASO.

Ecclésiastiques étrangers, travailleurs étrangers temporaires et membres de leurs familles les accompagnant : Un ecclésiastique étranger admissible à la couverture du RASO 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 temporaire est admissible à la couverture du RASO s'il possède un permis de travail ou un autre document délivré en vertu de la LIPR qui l'autorise à travailler au Canada et s'il a également conclu une entente officielle de travail à temps plein avec un employeur en Ontario et travaille dans le cadre de cette entente pour une période d'au moins six mois consécutifs. Pour être admissible à la couverture du RASO, le permis de travail ou tout autre document délivré par IRCC, voire 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 à temps plein pour un employeur de l'Ontario pendant une période minimale de six mois consécutifs.

Un travailleur étranger temporaire autonome est également admissible à la couverture du RASO s'il a reçu, en vertu de la LIPR, un permis de travail ou tout autre document qui l'autorise à travailler au Canada en tant que travailleur autonome, à condition qu'il s'agisse d'un travailleur autonome à temps plein, qu'il travaille en Ontario et qu'il continue à le faire pendant 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 temporaire 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.

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* pris en application de la *Loi sur l'assurance-santé* (LAS), les personnes qui déménageaient en Ontario étaient normalement admissibles à la couverture du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) trois mois après l'établissement de leur résidence dans la province, à moins que les exceptions prévues à l'article paragraphes ou du *Règlement 552*, et au paragraphe 11(2.1) de la LAS ne s'appliquent.

Dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID-19, le *Règlement 552* pris en application 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. Il n'y a donc pas de période d'attente pour bénéficier 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.

Conformément à l'article 1.8 du *Règlement 552* et à l'AAT, les Ontariens assurés qui s'absentent temporairement de l'Ontario, mais qui demeurent au Canada pour s'inscrire à temps plein à un programme universitaire dans un établissement d'enseignement d'une autre province ou d'un

autre territoire du Canada sont admissibles à une couverture du RASO continue pour la durée de leurs études continues à temps plein, à condition de ne pas établir leur résidence permanente ailleurs au cours de cette période. Pour s'assurer qu'il demeure admissible au RASO, l'étudiant doit fournir au ministère de la Santé (MSO) des documents ou des renseignements de son établissement d'enseignement confirmant qu'il est inscrit à titre d'étudiant à temps plein. Les membres de la famille assurés (conjoint et personnes à charge) qui les accompagnent dans une autre province ou un territoire durant leurs études sont également admissibles à une couverture du RASO.

En outre, conformément aux articles 1.6 et 1.8 du *Règlement 552* pris en application de la LAS, la plupart des résidents assurés qui désirent voyager, travailler ou étudier à l'extérieur de l'Ontario, mais au Canada, et conserver la couverture du RASO, doivent avoir été physiquement présents en Ontario ou avoir été des étudiants mobiles ou des travailleurs mobiles 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 2024–2025, 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 panniculectomie) doivent être approuvés au préalable s'ils sont demandés dans une autre province ou un territoire.

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

Les résidents peuvent être temporairement hors du Canada pour un total de 212 jours au cours d'une période de 12 mois après les 183 premiers jours suivant l'obtention du statut de résident et continuer à bénéficier de la couverture du RASO, pourvu que leur résidence principale demeure l'Ontario.

Absences prolongées

Le *Règlement 552* pris en application 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
Études	Durée des études à temps plein (illimitée)
Travail	Cinq périodes de 12 mois (les exigences particulières de résidence doivent être remplies pendant deux ans avant et entre chaque absence)
Bénévolat	Cinq périodes de 12 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 en dehors de l'Ontario ou à l'étranger.

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

Le *Règlement 552* pris en application 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 $ CA par jour est versé pour les patients hospitalisés dans une unité de soins standard ou une unité de soins intensifs;
- les services d'urgence pour les patients non hospitalisés admissibles au RASO sont payés jusqu'à concurrence de 50 $ CA par jour ou le montant facturé – selon le montant le moins élevé;
- 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 soumises par un médecin praticien de l'Ontario et doivent généralement être approuvées par écrit par un spécialiste, comme il est défini dans le barème des prestations, 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 réexaminée par le MSO si des informations médicales supplémentaires sont soumises pour examen. 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 MSO 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, des sages-femmes 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 le Réseau de santé familiale ou l'Organisation de santé familiale), modèles complémentaires (Accord sur les groupes de médecins ruraux et nordiques ou autres accords spécialisés) 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 est un programme d'aiguillage destiné aux 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 2024–2025, 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 et d'accroître l'offre de médecins. L'Ontario a élargi la formation médicale dans la province en ajoutant 340 places pour des étudiants du premier cycle et 551 postes de niveau postdoctoral pour les cinq prochaines années. Cette expansion comprend la création d'une nouvelle école de médecine à l'Université métropolitaine de Toronto, qui a ouvert ses portes en juillet 2025, et le soutien de l'Ontario à la planification d'une nouvelle école de médecine à l'Université York.

En plus des médecins, sur la base des investissements précédents, l'Ontario a annoncé en juin 2025 que le gouvernement appuyait l'augmentation du nombre de places pour la formation en soins infirmiers dans les collèges et universités financés par les deniers publics, avec plus de 2 200 infirmières et infirmiers autorisés, infirmières et infirmiers auxiliaires et infirmières et infirmiers praticiens au cours des trois prochaines années.

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 en matière de ressources humaines en santé ont été mises en œuvre pour améliorer l'accès aux soins 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. Elle 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 Muskoka, de Nipissing, du détroit de Parry, de Rainy River, de Sudbury, de Thunder Bay et de Témiscamingue.

Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales : Le Programme offre une aide financière aux résidents du Nord de l'Ontario qui doivent parcourir de longues distances pour accéder à des services médicaux spécialisés couverts par le RASO ou certains actes médicaux dans des établissements de soins de santé financés par le ministère 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 175 $ à 1 150 $ (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 100 kilomètres.

L'élargissement du Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales décidé par le gouvernement de l'Ontario est en vigueur depuis le 1er décembre 2024. Au cours des trois prochaines années, la province investira 45 millions de dollars pour élargir le programme afin d'aider les habitants du Nord de l'Ontario à accéder aux soins et aux services spécialisés dont ils ont besoin. Voici les améliorations et développements apportés au programme :

- Augmentation du remboursement des voyages de plus de 24 heures afin de mieux tenir compte des besoins des personnes et de l'augmentation des coûts;
- Élimination de la nécessité d'obtenir la signature du prestataire de soins de santé qui a aiguillé le patient afin d'accélérer et de faciliter le processus de demande;

- Élimination de la franchise de 100 kilomètres et remboursement de chaque kilomètre parcouru;
- Augmentation du nombre de prestataires de soins de santé admissibles et du nombre d'établissements afin d'aider un plus grand nombre de personnes à obtenir le remboursement des frais encourus.

Subvention ontarienne Apprendre et rester : Au printemps 2023, l'Ontario a lancé la 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 des mesures incitatives (pouvant aller jusqu'à 25 000 $ sur deux ans) aux nouveaux infirmiers et infirmières ou à ceux et celles retournant à l'exercice qui s'engagent à travailler pendant deux ans dans un hôpital, un foyer 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. Deux nouvelles mesures incitatives nordiques ont été introduites en 2024–2025 pour favoriser le recrutement et la répartition des effectifs dans le nord de l'Ontario, qui comprennent notamment une subvention de réinstallation et une subvention complémentaire pour le Nord. Plus de 7 300 infirmiers et infirmières se sont inscrits au PECI depuis le début du programme en 2021–2022, dont plus de 2 200 en 2024–2025.

L'Ontario n'a pas de contrat provincial avec des prestataires de soins virtuels, comme Maple ou Telus.

Les réseaux de soins primaires en Ontario ne fournissent pas de services assurés.

En juin 2025, l'Ontario comptait 183 ESF, 79 CSC, 27 CASSA et 27 CDPIP. Ce sont toutes des équipes interprofessionnelles de soins primaires (voir les définitions ci-dessus). Collectivement, ces organisations emploient plus de 600 infirmières et infirmiers praticiens.

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. Il existe d'autres modèles de rémunération des médecins fondés sur diverses ententes contractuelles, notamment les modèles de soins de santé primaires (comme les modèles de paiement par capitation combinés), d'autres modèles de rémunération ou encore d'autres ententes de rémunération pour les médecins spécialistes et les 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 2024–2025, la majorité (plus de 80 %) des médecins généralistes et des médecins de famille de l'Ontario ont été rémunérés selon l'un des modèles de santé primaire suivants : soins intégrés, Groupe de santé familiale, Réseau de santé familiale, Organisation de santé familiale, Centres de santé communautaires, Accord sur les groupes de médecins ruraux et nordiques, Centre de santé de groupe, Modèle de rémunération mixte et 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 (« les parties ») 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, les parties ont convenu d'un protocole de règlement pour une nouvelle ESM qui a été ratifié par les membres de l'AMO le 28 mars 2022. Comme indiqué dans l'entente-cadre d'arbitrage contraignante, les parties ont entamé des négociations en octobre 2023 afin de déterminer la rémunération des médecins pour l'actuelle ESM (2024–2028).

Bien que les parties aient fait des efforts de bonne foi pour négocier, elles ont mutuellement convenu de faire appel aux services d'un conseil d'arbitrage présidé par l'arbitre M. William Kaplan pour sortir de l'impasse. La phase d'arbitrage s'est achevée en juillet 2025 et, en septembre 2025, le MSO et l'AMO ont reçu une décision arbitrale pour les années restantes de l'ESM de 2024–2028. Cette décision met fin aux négociations entre les parties. Les parties sont retournées à la table de négociation pour régler certains éléments restants, comme la mise en œuvre des augmentations.

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 (FAP). Ce modèle de financement se situe entre l'approche axée sur les activités et l'approche axée sur le rendement.

Depuis le 1er avril 2012, l'Ontario a fait passer le système actuel de financement qui est principalement axé sur des budgets globaux à un modèle de FAP grâce auquel les patients reçoivent les bons soins au bon endroit, au bon moment et au bon prix. Le FAP 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 du financement 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 milliards de dollars 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. Cette façon de faire augmente l'enveloppe de financement totale du MCE sur une base annuelle.

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 MSO ne limite pas le nombre d'AMFQ qui peuvent être fournis. Les volumes d'AMFQ correspondent à des objectifs basés sur l'activité historique et les besoins liés à la croissance de la population. Dans ce modèle de financement basé sur les patients, les hôpitaux disposent d'une grande flexibilité pour réaliser des volumes supplémentaires (ou moins importants), conformément aux politiques de gestion des volumes d'AMFQ.

Soins regroupés : Les modèles de soins regroupés visent à promouvoir une meilleure intégration de la prestation des services de santé (y compris les soins de courte durée et les soins de convalescence), à fournir des soins efficaces et de grande qualité ainsi qu'à améliorer les résultats en matière de santé des groupes de patients ciblés. Tout comme les AMFQ, le financement des soins regroupés est alloué en fonction d'un nombre déterminé de cas et d'un prix.

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 mis en œuvre pour les arthroplasties de la hanche et du genou et la chirurgie de l'épaule.

Programmes et services prioritaires : Financement des interventions de sauvetage et d'amélioration de la qualité de vie et des services spécialisés (cardiovasculaire, neurochirurgie, bariatrique, soins intensifs) ainsi que des programmes de santé maternelle et néonatale.

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 d'urgence 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 2024–2025.

PERSONNES INSCRITES

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
1. Nombre en date du 31 mars[1]	14 525 378	14 646 581	14 946 151	14 901 258	15 266 167

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Établissements publics	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
2. Nombre[2]	141	140	140	140	136
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)[3]	24 321 059 400	23 046 801 683	22 707 926 948	25 665 132 607	26 466 010 252
Établissements privés à but lucratif	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés[4]	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)[4]	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	4 323	5 081	5 759	5 779	5 524
7. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	43 726 985	55 073 029	65 605 485	84 897 394	82 127 982
8. Nombre total de demandes, patients externes	104 232	134 342	124 807	119 387	111 645
9. Total des paiements, patients externes ($)	37 812 107	43 000 540	44 783 667	47 789 190	52 282 070

[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]

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés pré-approuvés (#)[6]	435	461	514	623	642
11. Total des paiements, patients hospitalisés pré-approuvés ($)[6]	32 377 325	22 123 444	27 072 095	37 517 320	46 787 043
12. Nombre total de demandes, patients externes pré-approuvés (#)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
13. Total des paiements, patients externes pré-approuvés ($)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés (#)[6]	1 248	1 547	1 799	2 868	4 579
15. Total des paiements, patients hospitalisés ($)[6]	1 288 096	1 559 798	1 905 106	2 799 190	4 013 730
16. Nombre total de demandes, patients externes (#)[6]	3 453	3 571	3 279	6 097	9 345
17. Total des paiements, patients externes ($)[6]	270 470	192 141	183 162	324 021	495 644

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
18. Nombre de médecins participants	33 562	34 798	35 340	36 224	37 442
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	14	14	12	11	10
20. Nombre de médecins non participants[7]	0	0	0	0	0
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)[8]	13 300 206 910	14 766 370 330	15 631 036 132	16 739 143 715	19 550 993 327
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte ($)	8 375 400 748	9 569 959 838	10 351 717 146	11 012 153 558	12 396 455 284

[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] Les données concernent les services hospitaliers fournis aux voyageurs en déplacement à l'étranger pour des urgences aiguës, imprévues survenues en dehors du Canada et nécessitant un traitement immédiat.

[7] 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 19.

[8] 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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
23. Nombre de services	426 823	522 370	575 212	582 740	581 663
24. Total des paiements ($)	23 229 219	28 108 868	32 443 283	32 763 645	34 575 430

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
25. Nombre de services pré-approuvés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
26. Total des paiements pré-approuvés ($)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
27. Nombre de services non pré-approuvés[9]	20 803	35 108	23 164	33 961	61 496
28. Total des paiements non pré-approuvés ($)[9]	807 589	2 774 569	1 040 039	1 334 441	2 312 535

SERVICES ÉQUIVALENTS À CEUX D'UN MÉDECIN

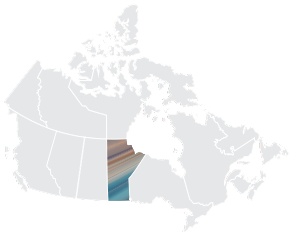
	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
29. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps plein dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
30. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps partiel dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
31. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant en dehors du système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
32. Nombre de dentistes participants	256	253	249	231	231
33. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
34. Nombre de dentistes non participants	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
35. Nombre de services fournis	72 476	82 795	91 879	93 405	91 869
36. Total des paiements ($)	8 337 866	9 245 799	11 089 599	11 101 881	10 818 615

[9] 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.

MANITOBA



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*, c. H35 de la C.P.L.M. (LAM).

Le RAMM est géré pour fournir une assurance aux résidents de la province à l'égard des coûts des services hospitaliers, des services médicaux et d'autres services de santé mentionnés ou brièvement décrits dans les lois de la Législature ou les règlements pris en vertu de celles-ci.

Le ministre de la SASLDM (le ministre) est responsable de la gestion et du fonctionnement du RAMM.

Le ministre peut conclure avec des personnes ou des groupes les contrats et les ententes qu'il juge nécessaires à l'application de la LAM.

Le ministre peut également octroyer des subventions à une personne ou à un groupe pour l'application de la LAM, sous réserve des conditions qu'il juge opportunes.

Le ministre peut, par écrit, déléguer les pouvoirs ou fonctions que lui confèrent la LAM ou les règlements.

Une modification législative a été apportée à la LAM au cours de l'exercice 2023–2024. Depuis sa promulgation le 1er août 2025, les responsables de foyers de soins personnels sont tenus d'apporter leur appui aux conseils des familles qui sont constitués par les membres de la famille des résidents du foyer.

Au cours de l'exercice 2024–2025, le *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), pris en vertu de la LAM, a été modifié pour permettre la mise en œuvre de cartes santé en plastique modernisées pour les Manitobains assurés. Les modifications reflètent la nouvelle approche d'émission de cartes d'inscription individuelles à chaque personne assurée à compter de janvier 2025.

1.2 Obligation de déclaration

En vertu de l'article 6 de la LAM, le ministre doit faire préparer les états financiers vérifiés du RAMM qui indiquent séparément les dépenses pour les services hospitaliers, les soins médicaux et les 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 la copie du rapport annuel à l'Assemblée législative dans les 15 premiers jours de session de celle-ci suivant sa réception. Si l'Assemblée ne siège pas, le rapport doit être déposé dans les 15 jours suivant le début de la session suivante.

1.3 Vérification des comptes

L'article 7 de la LAM exige que le Bureau du vérificateur général du Manitoba (ou le vérificateur qu'il désigne) 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 porte sur l'exercice 2023–2024 et se trouve aux pages 141 et 142 du document Rapport annuel et comptes publics du Manitoba, 2024.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 46 et 47 de la *Loi sur l'assurance-maladie*, c. H35 de la C.P.L.M. (LAM), 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 LAM ou au *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* en 2024–2025.

En date du 31 mars 2025, 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 LAM.

Les services énoncés dans le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M. 48/93) 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 sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M. 48/93) 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 2024–2025.

Durant la période 2024–2025, 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 LAM.

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*, L.R.M. 1987, c. M90.

En 2024–2025, il y avait 3 458 médecins inscrits au Manitoba, dont 3 110 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 LAM et à l'article 5 du *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux* (R.M. 49/93). 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 du *Règlement*. Aucun médecin n'a fait le choix de se retirer du Régime en 2024–2025.

La gamme des services médicaux assurés par SASLDM est définie dans le *Règlement sur les frais engagés pour des soins médicaux assurés* (R.M. 73/2003) en vertu de la LAM. La couverture s'étend à tous les soins de santé personnels médicalement nécessaires prodigués par un médecin à un assuré et qui ne sont pas exclus aux termes du *Règlement sur les services exclus* (R.M. 46/93) de la LAM.

Des codes tarifaires ont été établis le 1er octobre 2023 pour les soins virtuels au Manitoba; toutefois, sans lettre d'interprétation sur les soins virtuels, le Manitoba n'est pas en mesure de fournir une réponse complète sur l'étendue des services de soins virtuels en 2024–2025, et le travail à accomplir pour rendre compte de ces services n'a pas encore été déterminé.

Au cours de l'exercice 2024–2025, plusieurs 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 équivalents à ceux d'un médecin

Pour l'exercice 2024–2025, le Manitoba n'est pas en mesure d'indiquer quelles sont les professions de la santé agrées dont le champ d'exercice permet la prestation de services médicalement nécessaires équivalents à ceux d'un médecin. Le travail se poursuit concernant la lettre d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé*, publiée le 10 janvier 2025, au sujet des services équivalents à ceux d'un médecin. Les changements communiqués dans la lettre n'entreront pas en vigueur avant le 1er avril 2026.

Des infirmières et infirmiers praticiens travaillent dans tous les établissements publics conformément à leur champ d'exercice indépendant. Il n'y a pas de système de santé privé au Manitoba. Des prestataires privés tirent une part de leurs revenus d'autres sources qu'un régime public d'assurance ou un organisme public de prestation de services. Tous les praticiens, dont les médecins, peuvent recevoir une rémunération privée lorsqu'ils offrent certains services (p. ex. formulaires à remplir, évaluations de santé demandées par l'employeur, etc.; paiement direct des interventions à visée esthétique).

En 2024–2025, les employeurs publics du Manitoba comptaient 87 infirmières et infirmiers praticiens employés à temps plein et 80 à temps partiel. Le ministère n'a pas reçu de signalement ou de plainte du public au sujet d'infirmières ou infirmiers praticiens qui offraient, à l'extérieur du système public, des services normalement assurés par la province.

2.4 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 LAM. 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 18e 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 LAM, 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 du *Règlement*. Aucun prestataire de services dentaires n'a fait le choix de se retirer du Régime en 2024–2025.

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.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

La *Loi sur l'assurance-maladie* (LAM), c. H35 de la C.P.L.M., définit les modalités d'admissibilité des résidents (habitants) du Manitoba au Régime d'assurance-maladie du Manitoba (RAMM).

Le paragraphe 2(1) de la LAM précise qu'un « résident » est une personne qui est légalement autorisée à demeurer au Canada, qui est domiciliée au Manitoba et qui est présente dans la province pendant au moins six mois au cours d'une année civile. Cette définition vise notamment toute autre personne qui, en vertu des règlements, est assimilée à un résident, mais exclut, sauf indication contraire du ministre de la Santé, des Aînés et des Soins de longue durée du Manitoba (SASLDM), 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), adopté en vertu de la LAM, élargissent la définition de « résidence ». Aux termes du paragraphe 7(1), les personnes qui s'absentent du Manitoba durant au plus 24 mois consécutifs pour occuper un poste de missionnaire, occuper un poste à l'étranger ou prendre un congé sabbatique peuvent conserver leur statut de résident de cette province, tout comme les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu.

Par ailleurs, aux termes du paragraphe 8(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), sont réputées être résidentes les personnes qui sont légalement autorisées à travailler au Manitoba et qui détiennent un permis de travail valide pour au moins 12 mois sous le régime de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada). De plus, le paragraphe 8(1.1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) élargit la résidence réputée de manière à inclure les travailleurs étrangers temporaires (et leurs personnes à charge) qui sont domiciliés dans la province et y fournissent des services agricoles en vertu 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 2024–2025.

L'article 6 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) définit la période d'attente comme suit :

« Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était résident d'une autre province ou d'un territoire canadien n'est pas assuré avant le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée. »

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 RAMM exclut les résidents couverts par un régime fédéral, y compris par les lois fédérales suivantes (*Règlement sur les services exclus* [R.M. 46/93]) :

- *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.

Les résidents libérés des Forces armées canadiennes ainsi que les détenus libérés d'un établissement correctionnel 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 SASLDM.

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 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 : un numéro d'enregistrement alphanumérique à six chiffres attribué à une personne de 18 ans ou plus qui n'est pas considérée comme une personne à charge et le numéro d'information personnelle sur la santé (NIPS) à neuf chiffres. Le numéro d'enregistrement à six chiffres peut être partagé par tous les membres d'une famille, y compris le conjoint et les personnes à charge, tandis que le NIPS à neuf chiffres est utilisé pour le paiement de toutes les demandes de prestations médicales et de services hospitaliers.

En date du 31 mars 2025, on comptait 1 485 989 résidents inscrits au RAMM, ce qui représente une augmentation de 58 879 nouvelles inscriptions depuis 2023–2024.

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 constitué aux termes de la LAM.

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.

Le paragraphe 8(1.1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) élargit la résidence réputée de manière à inclure les travailleurs étrangers temporaires (et leurs personnes à charge) qui sont domiciliés dans la province et y fournissent des services agricoles en vertu d'un permis de travail, peu importe la durée de ce permis.

Au 31 mars 2025, 20 881 nouveaux titulaires de permis de travail s'étaient inscrits au RAMM, qui comptait ainsi au total 58 424 titulaires de permis de travail inscrits au régime de soins de santé en 2024–2025.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

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

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le paragraphe 7(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), pris en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* (LAM), c. H35 de la C.P.L.M., définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant des absences temporaires au Canada.

Selon le sous-alinéa 7(1)a)(i) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), 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.

Dans la mesure où les personnes ont l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider, le sous-alinéa 7(1)b.1)(i) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) prévoit jusqu'à 12 mois consécutifs de couverture des soins de santé à l'extérieur du Manitoba (au Canada) pour les personnes suivantes :

- les personnes travaillant dans le cadre d'un contrat d'emploi à temps plein à l'extérieur du Manitoba;
- les personnes qui prennent un congé sabbatique ou un congé d'études pour suivre un cours de formation avancée ou supplémentaire;
- les personnes qui occupent un poste de travailleur humanitaire ou de missionnaire pour le compte d'une organisation religieuse qui a le statut d'organisme de charité en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada).

Le Manitoba a conclu des ententes officielles de facturation réciproque des services hospitaliers assurés avec toutes les provinces et tous les territoires canadiens dans le cadre du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).

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 paragraphe 7(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), pris en vertu de la LAM, définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant les absences temporaires à l'étranger.

L'alinéa 7(1)g) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) prolonge la période durant laquelle une personne peut s'absenter temporairement du Manitoba pour résider à l'extérieur du Canada, qui passe de six à sept mois sur une période de 12 mois.

À la condition qu'elles aient l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider, le sous-alinéa 7(1)b)(i) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) prévoit jusqu'à 24 mois consécutifs de couverture des soins de santé à l'extérieur du Canada pour les personnes suivantes :

- les personnes ayant un contrat d'emploi à temps plein;
- les personnes qui prennent un congé sabbatique ou un congé d'études pour suivre un cours de formation avancée ou supplémentaire;
- les personnes qui occupent un poste de travailleur humanitaire ou de missionnaire pour le compte d'une organisation religieuse qui a le statut d'organisme de charité en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada).

Selon le sous-alinéa 7(1)a)(i) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), 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 à l'extérieur du Manitoba. Une autre disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leur programme d'études.

Les résidents du Manitoba couverts par le régime d'assurance-maladie provincial qui reçoivent des services 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* (R.M. 49/93) et le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M. 48/93) en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, c. H35 de la C.P.L.M. 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 admissibles à un remboursement, 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* (R.M. 49/93). Ils doivent fournir à SASLDM la 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 prestations médicales en présentant une demande au Conseil manitobain d'appel en matière de santé, qui est un tribunal quasi judiciaire indépendant établi aux termes de la *Loi sur l'assurance-maladie*, c. H35 de la C.P.L.M.

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 1er 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 services 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 une hospitalisation pour une nuit au moins et ainsi 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
Directeur exécutif – Direction des bénéfices assurés
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
1-800-392-1207

La Direction des bénéfices 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.

Santé, Aînés et Soins de longue durée Manitoba n'a conclu aucun contrat avec une entreprise ou une organisation, comme Maple, Telus ou QDoc, qui offre une couverture complète des services de soins virtuels dans l'ensemble de la province. Toutefois, certains offices régionaux de la santé du Manitoba ont établi un partenariat avec QDoc pour la prestation régionale de services de soins virtuels, notamment les offices régionaux de la santé du Nord, de Prairie Mountain et Santé Sud.

Le Manitoba fournit des services assurés par l'entremise d'équipes interdisciplinaires et travaille activement à élargir ces modèles. Plusieurs programmes provinciaux reflètent l'étendue des soins en équipe. Les équipes interdisciplinaires peuvent comprendre des médecins, des stagiaires en médecine, des infirmières et infirmiers, des infirmières et infirmiers praticiens (IP), des travailleurs sociaux, des pharmaciens ainsi que d'autres professionnels de la santé. L'initiative de démonstration d'équipe interprofessionnelle (ITDI, Interprofessional Team Demonstration Initiative) comprend 45 cliniciens ETP, et notamment 13 IP. L'ITDI permet l'offre de soins en équipe dans les sites où les services sont rémunérés à l'acte (les praticiens du site se partagent les services d'un professionnel paramédical).

La province compte également 15 équipes personnelles de santé, semblables aux réseaux de soins de santé primaires, qui emploient collectivement plus de 85 cliniciens ETP, dont 2,1 IP ETP. Les IP sont intégrés aux cliniques pour blessures et maladies mineures dans divers endroits comme le Misericordia Hospital à Winnipeg, et à Brandon, et l'on prévoit reproduire le modèle dans les cliniques de soins primaires à heures prolongées. Les cliniques sous la direction d'IP comprennent deux cliniques de soins rapides et cinq cliniques de soins branchés sans rendez-vous, avec des ETP variables selon l'emplacement. Un grand nombre de cliniques sont dirigées par des IP ou codirigées par des médecins et des IP.

SASLDM est déterminé à respecter les principes du régime d'assurance-maladie et à améliorer la santé de tous les Manitobains. En 2024–2025, le Manitoba a continué d'appuyer ces engagements au moyen de plusieurs activités telles que les suivantes.

Domaines d'amélioration prioritaires

Le système de santé du Manitoba vise à créer une approche provinciale coordonnée des services de santé. Il s'agit d'aligner les organismes régionaux de prestation de services afin de planifier et de fournir des services cliniques de manière intégrée pour soutenir la population de la province.

L'autorité sanitaire provinciale (Soins communs) collabore avec toutes les régions sanitaires, les partenaires et les communautés locales pour élaborer et mettre en œuvre un plan clinique provincial qui oriente les améliorations en matière d'accès, de qualité et de résultats pour tous les Manitobains.

Les objectifs stratégiques du ministère reflètent les priorités du gouvernement énumérées dans les lettres de mandat du ministère. La réintroduction des lettres de mandat représente une approche renouvelée destinée à aligner plus étroitement les efforts du ministère sur les orientations du gouvernement.

Un plan visant à traiter les domaines prioritaires a été élaboré et est guidé par le quintuple objectif de l'amélioration des soins de santé. Ces objectifs sont étroitement liés aux priorités du gouvernement qui consistent à réduire les temps d'attente dans les services d'urgence, à promouvoir la responsabilité financière et à faire progresser l'équité en matière de santé. Ensemble, le quintuple objectif et les priorités du gouvernement constituent le fondement du plan d'action en sept points du gouvernement, qui fournit un cadre pour la manière dont les améliorations sont abordées dans l'ensemble du système de santé.

Le système de santé du Manitoba se concentre sur les domaines prioritaires suivants afin de renforcer les soins de santé publique :

1) **Amélioration du rendement des services d'urgence :** Investir dans l'augmentation de la capacité de soins dans l'ensemble du système de soins aigus en ajoutant des lits pour améliorer le flux de patients, ainsi qu'en mettant en œuvre les meilleures pratiques pour le triage des patients, la sortie et la gestion des lits.
2) **Amélioration de l'accès :** Renforcer la prestation des soins de santé afin de réduire les obstacles et de permettre l'accès en temps opportun en créant un poste de protecteur indépendant des aînés, en élargissant les soins aux personnes âgées et les soins à domicile, en améliorant le soutien à la santé des femmes, en augmentant la capacité des services chirurgicaux et diagnostiques et en améliorant l'offre de services bilingues.

3) **Amélioration de l'équité en santé et de la santé des Autochtones :** S'engager à cibler les interventions, les ressources et les partenariats avec les communautés autochtones, y compris la mise en œuvre du cadre de partenariat avec ceux-ci pour orienter les travaux futurs en matière de santé, lutter contre le racisme envers les Autochtones et établir des relations de respect et de confiance avec les peuples autochtones.
4) **Culture, maintien, recrutement et formation du personnel de santé :** S'engager à embaucher 1 000 nouveaux travailleurs de la santé au cours de l'exercice 2024–2025 (plus de 1 255 nouveaux travailleurs de la santé ont déjà été embauchés dans la province), s'occuper des postes vacants (en particulier dans les zones rurales et éloignées), stimuler le recrutement en supprimant les obstacles et en offrant de meilleures incitations, élargir les possibilités de formation et introduire des moyens novateurs d'améliorer les soins.
5) **Amélioration des soins primaires et communautaires :** Accroître la capacité du système afin d'améliorer l'accès des patients, réduire les temps d'attente et faciliter le cheminement à travers le continuum de soins, y compris par l'ajout de nouvelles cliniques pour blessures et maladies mineures et de cliniques de soins primaires à heures prolongées.
6) **Dossiers électroniques des patients et cartes santé :** Moderniser les dossiers médicaux électroniques des patients, accroître la fiabilité de la connectivité numérique, moderniser la carte santé et le processus de demande connexe et promouvoir l'utilisation des technologies de santé virtuelle pour élargir l'accès aux soins.
7) **Stabilité financière et responsabilité au niveau du système :** Garantir une culture de la responsabilité et une utilisation efficace des ressources par le biais d'accords de responsabilité, de réunions régulières sur les performances et d'exigences accrues en matière d'établissement de rapports.

Des activités visant à mettre en œuvre ce plan sont en cours dans tous les domaines du ministère et font l'objet d'un suivi régulier. Par exemple, celui-ci met activement en œuvre son plan sur la main-d'œuvre et suit régulièrement sa progression. Établi en 2024, le Bureau de rétention et de recrutement en soins de santé appuie ces démarches. En 2024–2025, le ministère a embauché 1 255 nouveaux travailleurs de la santé de première ligne, dépassant ainsi son objectif de renforcer la capacité du système par l'ajout de 1 000 travailleurs. La mise en œuvre se poursuivra avec l'élargissement de la formation, la simplification de l'obtention du permis d'exercice pour les professionnels formés à l'étranger et le maintien du soutien financier.

En outre, le ministère a entrepris la création de nouvelles cliniques pour les blessures et maladies mineures et de cliniques de soins primaires à heures prolongées, afin d'améliorer l'accès aux soins primaires et offrir des soins ailleurs que dans les services d'urgence. En 2024–2025, le Manitoba a ouvert deux nouvelles cliniques pour blessures et maladies mineures – à Brandon et à Winnipeg – et deux cliniques de soins primaires à heures prolongées à Winnipeg, où il est possible d'obtenir des soins sans rendez-vous ou sur rendez-vous le jour même ou le lendemain. La planification visant l'ajout d'autres emplacements se poursuivra au cours de l'exercice 2025–2026.

En 2024–2025, le ministère a poursuivi la mise en œuvre du nouveau programme manitobain de médicaments contre le VIH et du programme de contraception sur ordonnance du Manitoba. Ces initiatives permettent aux Manitobains admissibles d'accéder au traitement contre le VIH et aux contraceptifs sans payer de franchise, ce qui contribue à réduire les obstacles financiers et à offrir un accès plus équitable aux soins essentiels.

En se concentrant sur ces priorités, le gouvernement a cherché à avoir un impact positif sur les résultats et les expériences des patients, à ajouter de la valeur aux services et à assurer la cohésion et la responsabilité du système.

Établissements

Pour l'exercice 2024–2025, le ministère de la Santé, des Aînés et des Soins de longue durée du Manitoba (SASLDM) a fourni une orientation stratégique et des recommandations afin d'harmoniser les investissements dans les infrastructures de santé avec les besoins en matière de soins de santé dans la province. Ces investissements comprennent des rénovations, de nouvelles constructions, l'amélioration des technologies de l'information et de la communication (TIC) et l'acquisition d'équipement médical.

SASLDM a élaboré et soutenu un plan d'investissement pluriannuel qui contribue à l'atteinte des objectifs provinciaux en matière de santé de la population et qui garantit la durabilité et la flexibilité nécessaires pour s'adapter à l'évolution des besoins de la population à l'aide de modèles novateurs de prestation de services. Il s'agissait notamment d'analyser et de hiérarchiser les projets d'investissement en fonction d'une allocation de fonds financièrement viable. Les nouveaux projets d'investissement ont été soumis par les organismes de prestation de services et les autorités sanitaires régionales et ont été examinés par l'autorité sanitaire provinciale, qui a tenu compte du financement des projets en cours de conception ou de construction. La portée, les échéances et les limites de financement du plan d'investissement sont approuvées par le gouvernement et sont définies et mises en œuvre conformément aux mandats et aux objectifs stratégiques du gouvernement.

Dans l'ensemble, environ 417 projets d'investissement ont été entrepris en vue de la réparation ou de la modernisation des installations, des équipements médicaux ou de l'infrastructure des TIC. Le total des dépenses pour ces projets s'élève à environ 635 millions de dollars en 2024–2025.

SASLDM a fourni au gouvernement des renseignements sur le plan d'investissement, y compris l'état d'avancement des projets d'infrastructure de santé, des rapports actuels et exacts sur le financement des immobilisations et le partage des coûts communautaires, ainsi que les politiques appliquées pour garantir la prestation efficace et durable des services de soins de santé.

Professionnels de la santé

En 2024–2025, la province a financé l'effectif suivant de professionnels médicaux et infirmiers autorisés à exercer au Manitoba :

- 3 458 médecins;
- 252 auxiliaires médicaux et assistants médicaux;
- 355 infirmiers praticiens;
- 14 656 infirmiers;
- 1 191 infirmiers psychiatriques autorisés;
- 3 884 infirmiers auxiliaires autorisés;
- 14 infirmiers diplômés.

La transition vers la *Loi sur les professions de la santé réglementées* (LPSR), L.M. 2009 c. 15, demeure une entreprise considérable pour la province. La LPSR est entrée en vigueur en janvier 2014. Elle permet la réglementation uniforme et cohérente de toutes les professions de santé visées, en mettant davantage l'accent sur la sécurité des patients et la responsabilité.

En fonction de leurs compétences et de leur formation, la loi autorise les professionnels de santé réglementés à effectuer une liste d'activités et de procédures connues sous le nom d'actes réservés lorsqu'ils fournissent des soins de santé. La LPSR définit des règles et des procédures cohérentes en matière de gouvernance, d'inscription, de plaintes et de discipline, ainsi qu'un pouvoir de réglementation et d'élaboration de règlements.

Les professions qui ne sont pas réglementées, mais qui souhaitent l'être en vertu de la LPSR, doivent déposer une demande. Pour qu'une profession devienne réglementée sous le régime de la LPSR, deux règlements sont nécessaires :

- Un règlement sur l'exercice de la profession, établi par le lieutenant-gouverneur en conseil (LGC), assure la transition d'un ordre existant et de ses membres sous le régime de la LPSR, constitue un nouvel ordre et énonce les actes réservés que les membres de la profession sont autorisés à accomplir.
- Le LGC approuve un règlement général sur l'ordre de réglementation de la profession de la santé, lequel énonce les modalités d'inscription et les démarches d'obtention ou de renouvellement du certificat d'exercice, les règles d'exécution de certaines tâches, le perfectionnement continu des compétences, les normes d'exercice, les profils publics des membres (au besoin) et les sociétés professionnelles de la santé.

À ce jour, cinq professions de la santé sont devenues des professions réglementées sous le régime la LPSR :

- Audiologistes et orthophonistes (2013)
- Infirmières et infirmiers (2017)
- Médecins, auxiliaires médicaux et assistants médicaux (2018)
- Travailleurs paramédicaux (2020)
- Infirmières et des infirmiers psychiatriques (2022)

Le passage d'autres professions de santé à la LPSR restera une priorité pour la province, car il aura un impact significatif à long terme sur le personnel de santé du Manitoba.

En 2024–2025, la province a fourni des fonds pour le recrutement de professionnels de la médecine et des soins infirmiers inscrits au Manitoba. L'effectif a connu les variations suivantes :

- Le nombre de médecins a augmenté de 124 (passant de 3 334 à 3 458).
- Le nombre d'infirmières et d'infirmiers praticiens a augmenté de 17 (passant de 338 à 355).
- Le nombre d'infirmières et d'infirmiers a augmenté de 766 (passant de 13 890 à 14 656).
- Le nombre d'infirmières et d'infirmiers psychiatriques a augmenté de 2 (passant de 1 189 à 1 191).
- Le nombre d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés a augmenté de 65 (passant de 3 949 à 3 884).
- Le nombre d'auxiliaires médicaux et d'assistants médicaux a diminué de 8 (passant de 260 à 252).
- 14 infirmières et infirmiers diplômés – les infirmières et infirmiers diplômés sont en voie de passer l'examen de qualification final pour obtenir le permis d'exercice complet.

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 2024–2025.

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.

Dans la foulée de l'accord sur les services de médecin 2023–2027, le Manitoba a mis en œuvre avec succès son nouveau modèle longitudinal de rémunération des soins primaires, Family Medicine Plus (FM+), le 1er avril 2024. FM+ favorise la prestation de soins complets et continus. Le modèle reconnaît les compétences et l'expertise des médecins de famille, ainsi que la continuité des soins qu'ils prodiguent à leurs patients. FM+ combine la rémunération à l'acte existante à des paiements selon le nombre de patients inscrits et le temps consacré aux tâches. La facturation des honoraires est réservée au médecin de famille agissant comme principal responsable. FM+ offre un financement prévisible pour stabiliser les activités des centres de médecine familiale. Ainsi, environ 100 000 Manitobains de plus ont pu accéder aux services d'un médecin de famille depuis la mise en œuvre. Principales caractéristiques de FM+ :

- Tarifs de rémunération à l'acte nouveaux et bonifiés à pleine valeur
- Rémunération selon le nombre de patients inscrits sans égard à l'âge
- Allocation limitée pour le temps consacré aux services cliniques indirects
- Prime associée aux consultations en personne dans la communauté pour aider à compenser l'augmentation des frais généraux
- Tarif pour consultation prolongée, un nouveau type de consultation pour les médecins de famille et les pédiatres dont les patients présentent plusieurs problèmes de santé
- Structure d'honoraires de consultation simplifiée avec augmentation de la rémunération
- Primes de 20 % pour les heures prolongées

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* (R.M. 49/93) en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, c. H35 de la C.P.L.M.

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* (c. H26.5 de la C.P.L.M.) 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* (c. H26.5 de la C.P.L.M.). Selon l'article 23 de la *Loi sur la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de santé* (c. H26.5 de la C.P.L.M.), 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*, c. H35 de la C.P.L.M., 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.

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
1. Nombre en date du 31 mars	1 386 938[1]	1 399 093	1 428 007	1 450 478	1 485 989

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Établissements publics	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
2. Nombre	96	96	96	96	96
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	0	0	0	0	0

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	1 922	2 035	2 595	2 792	2 568
7. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	26 464 737	29 936 426	31 518 984	47 403 588	50 939 789
8. Nombre total de demandes, patients externes	22 008	28 499	28 044	30 191	33 981
9. Total des paiements, patients externes ($)	8 894 815	9 734 282	9 172 772	11 687 573	15 206 910

[1] Population au 1er juin.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés pré-approuvés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Total des paiements, patients hospitalisés pré-approuvés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
12. Nombre total de demandes, patients externes pré-approuvés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
13. Total des paiements, patients externes pré-approuvés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés (#)[2]	315	101	168	292	306
15. Total des paiements, patients hospitalisés ($)[2]	1 995 854	531 287	398 706	731 062	787 680
16. Nombre total de demandes, patients externes (#)[2]	3 650	2 130	2 821	4 452	4 692
17. Total des paiements, patients externes ($)[2]	2 868 875	935 548	804 300	1 347 868	1 552 716

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
18. Nombre de médecins participants	2 856	2 898	3 058	3 071	3 110
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	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	1 296 902 000	1 345 650 000	1 393 999 000	1 700 405 612	1 923 885
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte ($)	876 012 714	944 198 207	944 854 000	1 079 094 612	1 343 910

[2] 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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
23. Nombre de services	185 256	228 668	231 879	272 431	246 312
24. Total des paiements ($)	9 784 063	10 884 233	12 003 861	14 742 635	14 390 731

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
25. Nombre de services pré-approuvés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
26. Total des paiements pré-approuvés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
27. Nombre de services non pré-approuvés	3 036	723	1 565	2 658	1 957
28. Total des paiements non pré-approuvés ($)	264 565	89 165	223 734	364 008	261 642

SERVICES ÉQUIVALENTS À CEUX D'UN MÉDECIN

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
29. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps plein dans le système public	53	53	74	87	87
30. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps partiel dans le système public	51	62	78	71	80
31. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant en dehors du système public	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
32. Nombre de dentistes participants	235	273	269	283	263
33. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
34. Nombre de dentistes non participants	585	730	775	826	914
35. Nombre de services fournis	5 449	4 876	7 724	6 520	7 070
36. Total des paiements ($)	1 410 459	1 382 196	2 005 387	2 137 444	2 209 437

SASKATCHEWAN

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan (le Ministère) est résolu à se doter d'un système de santé souple, intégré et efficace pour les Saskatchewanais et axé sur une meilleure santé ainsi que sur des soins de qualité prodigués en équipe, le plus près possible de leur foyer. Le Ministère dirige la stratégie provinciale en matière de soins de santé et soutient les approches novatrices visant à répondre aux besoins des patients et des familles 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 sur l'amélioration de l'accès aux 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 en matière de ressources humaines en santé 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, la Saskatchewan Cancer Agency, l'Athabasca Health Authority et les organisations de soins de santé affiliés, qui sont soutenues par eHealth Saskatchewan, 3sHealth et un groupe diversifié de professionnels dont bon nombre sont en pratique privée. La province compte 28 professions de la santé autoréglementées, qui sont supervisées par 26 organismes de réglementation. Environ 48000 personnes offrent tout un éventail de services dans l'ensemble du système de santé.

Le Ministère collabore avec les responsables des systèmes de santé, les soutient et travaille avec des organisations locales, régionales, provinciales, nationales et internationales pour veiller à ce que tous les habitants de la Saskatchewan aient accès à des soins de santé sûrs et de grande qualité.

Consultez le site 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 lieutenantgouverneur 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 le plus récent a été publié le 3 juin 2025 et comprenait des examens de la Saskatchewan Health Authority (SHA).

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 et aux organisations communautaires, 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 audits les plus récents des états financiers portaient sur l'exercice prenant fin le 31 mars 2025. La SHA et la SCA déposent chacune un rapport annuel à l'Assemblée législative de la Saskatchewan, à chaque année, qui inclut 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 2024–2025.

En vertu de l'article 2-9 de la Loi, le ministre peut désigner des établissements, dont des hôpitaux, des foyers de soins spéciaux, des centres de soins d'urgence 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 établissements privés d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM) de la Saskatchewan à accepter le paiement direct des patients en échange de services d'IRM et de TDM. Toutefois, pour chaque examen payé par le secteur privé, le Règlement exige que les prestataires privés offrent un deuxième examen sans frais à une personne qui attend sur la liste publique. Les services privés d'IRM et de TDM et leur disposition unique du « deux pour un » offrent aux patients plus d'options pour accéder aux services d'IRM et de TDM 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 appareils d'IRM et de TDM 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 2024–2025.

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 2024–2025. On peut prendre connaissance de tous les honoraires des médecins dans le barème des prestations assurées (Physician Payment Schedule). En date du 31 mars 2025, 3 142 médecins étaient autorisés à exercer la médecine dans la province et à participer au régime d'assurance-santé. De ce nombre, 1 553 (49,4 pour cent) étaient des médecins de famille et 1 589 (50,6 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.

Au 31 mars 2025, deux médecins s'étaient retirés du programme en Saskatchewan.

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, 1994* de la *Medical Care Insurance Act*.

Sans plus de précisions de la part de Santé Canada, la Saskatchewan n'est pas en mesure d'indiquer si les services médicaux virtuels sont assurés. Le travail nécessaire pour définir les services de soins virtuels et faire rapport à ce sujet n'a pas encore été déterminé.

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 équivalents à ceux d'un médecin

La Saskatchewan n'est pas en mesure de fournir des renseignements sur les services équivalents à ceux d'un médecin. Des travaux sont en cours en réponse à lettre d'interprétation de Santé Canada sur les services équivalents à ceux d'un médecin, publiée le 10 janvier 2025, les changements s'y rapportant devant entrer en vigueur le 1er avril 2026.

2.4 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 29 avis de non-participation officielle, dont la plupart ont été reçus tout au long de 2023. En date du 30 août 2025, il y avait 657 dentistes non participants en Saskatchewan, dont la plupart sont des dentistes généralistes. Cinquante-six 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 :
  1) le bénéficiaire est adressé au dentiste par un spécialiste du domaine d'exercice dans lequel les services sont fournis;
  2) le spécialiste recommande que le paiement soit effectué pour le service;
  3) 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 30 août 2025, il y avait quelque 713 dentistes et chirurgiens-dentistes exerçant leur profession dans les principaux centres de la Saskatchewan. Cinquante-six offraient des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé.

2.5 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 TDM, 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 2024–2025.

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 2024–2025.

Les citoyens canadiens de retour au pays, les familles des membres des Forces canadiennes de retour au pays, les étudiants étrangers et les travailleurs étrangers ayant un statut d'immigration valide 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 fédéraux libérés (c'est-à-dire les détenus qui ont purgé leur peine dans un pénitencier fédéral et les détenus qui ont bénéficié d'une libération conditionnelle et qui 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 2025, 1 302 282 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 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.

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 en 2024–2025.

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 2024–2025.

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 spécialiste de la Saskatchewan qui veut diriger un patient vers l'étranger pour recevoir un traitement non disponible en Saskatchewan ou ailleurs au pays doit d'abord demander au régime d'assurance-santé du ministère de la Santé de la Saskatchewan d'approuver la couverture. La Saskatchewan Cancer Agency est consultée pour les demandes de traitement du cancer à l'étranger. Si l'approbation est accordée, le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvrira tous les frais du traitement, à l'exception des services non couverts dans la province.

En Saskatchewan, le Comité d'examen des services de santé (CESS) est un comité indépendant qui examine les décisions du gouvernement au sujet des demandes sur la couverture médicale de soins prodigués à l'extérieur de la province et à l'extérieur du pays, s'assure que la loi, les politiques et les lignes directrices sont appliquées de façon appropriée.

Le ministère de la Santé informe les demandeurs admissibles qu'ils peuvent demander un examen par le CESS après le rejet de leur demande d'une couverture de soins prodigués à l'extérieur de la province ou du pays. Une personne peut demander au CESS d'examiner sa demande seulement si la demande de couverture portait sur des services médicaux assurés prodigués à l'extérieur de la province, des services médicaux facultatifs assurés prodigués à l'extérieur du pays (soins médicaux et hospitaliers) ou des programmes de santé communautaire (santé mentale, toxicomanie, problème de jeu et services de réhabilitation).

Si le CESS juge un demandeur non admissible ou s'il maintient la décision du ministère de la Santé de la Saskatchewan, la personne peut communiquer avec l'ombudsman provincial afin qu'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, 1994*.

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 HLFA.

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.

Le modèle de paiement transitoire (MPT) est un nouveau modèle de rémunération lancé le 1er avril 2024 pour les médecins de famille rémunérés à l'acte, qui vise à promouvoir les soins longitudinaux au sein de la médecine familiale et à améliorer l'accès des patients aux soins primaires. Le nouveau modèle est une étape transitoire entre le modèle actuel de rémunération à l'acte et l'objectif futur d'un modèle mixte de capitation.

Afin de permettre la prestation de soins primaires en équipe, la Saskatchewan finance la mise en place d'un nombre accru de centres de médecine de famille. Une clinique de Swift Current mène un essai pilote du modèle de centre de médecine de famille depuis 2023 et, grâce à diverses initiatives, de nombreux projets soutenant le développement d'au moins 44 centres de médecine de famille sont en cours dans la province. Alors que les centres de médecine de famille sont dirigés par des médecins, d'autres initiatives importantes en Saskatchewan tirent pleinement parti du champ d'action et des compétences des infirmières et infirmiers praticiens (IP), dont deux cliniques exploitées par la SHA et dirigées par des IP à Warman et à Martensville. De plus, la province adopte une nouvelle approche dans le cadre de laquelle le Ministère conclura directement avec des IP des contrats de prestation de soins primaires longitudinaux. Chaque contrat d'équivalent temps plein permettra de prendre en charge un groupe d'au moins 800 patients.

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 1,478 milliard de dollars en 2024–2025, soit 656,7 millions pour la facturation à l'acte, 33,1 millions pour les programmes de couverture des salles d'urgence par des spécialistes et 655,8 millions pour les services non rémunérés à l'acte. Un montant additionnel de 132,1 millions de dollars a été consacré au Clinic Departments & Post Graduation Medical Education Fund. Le reste des dépenses comprend la Saskatchewan Medical Association et d'autres 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

La Saskatchewan Health Authority (SHA) reçoit une subvention globale de fonctionnement et est chargée d'allouer les fonds reçus pour répondre aux besoins et aux priorités identifiés dans le cadre de ses processus d'évaluation des besoins. La subvention de fonctionnement annuelle comprend les niveaux de financement du statu quo et d'autres ajustements tels que décrits dans le budget provincial de l'année en cours. La SHA peut recevoir des fonds supplémentaires pour offrir des programmes et des services hospitaliers spécialisés (p. ex. des services aigus, y compris des programmes chirurgicaux et de SMU, des services de santé primaire et de santé publique, y compris des programmes pour les personnes âgées et des 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 2024–2025 et les documents connexes;
- les comptes publics de 2024–2025;
- 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 (en anglais seulement). 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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
1. Nombre en date du 31 mars	1 227 341	1 209 615	1 261 585	1 278 382	1 302 282[1]

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Établissements publics	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
2. Nombre	66	66	66	66	66
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)[2]	2 328 971 000	2 419 274 000	2 533 077 000	2 821 787 250[3]	2 931 669 000
Établissements privés à but lucratif	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	8	8	6	6	6
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	non disponible[4]	non disponible[4]	non disponible[4]	non disponible[4]	non disponible[4]

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE[5]

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	3 362	2 854	3 191	2 898	2 823
7. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	64 907 900	50 402 300	64 153 300	66 010 600	57 640 800
8. Nombre total de demandes, patients externes	53 521	55 133	58 807	54 876	58 202
9. Total des paiements, patients externes ($)	20 739 600	19 857 600	21 886 800	23 084 300	25 999 200

[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] Donnée de 2023–2024 mises à jour de 2 807 688 750 $ (une augmentation de 14 098 500 $) en raison du redressement des états financiers 2024–2025 de la SHA qui réaffecte les dépenses au sein de la Saskatchewan Health Authority afin de mieux aligner les coûts au sein des lignes de service à travers la province.

[4] Les services de tomodensitométrie et d'IRM ne sont pas considérés comme des services assurés en Saskatchewan au sens de la Saskatchewan Medical Care Insurance Act. Les établissements privés qui offrent des services de chirurgie, d'IRM et de TDM 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.

[5] Les données des années précédentes ont été mises à jour 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 CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés pré-approuvés (#)	0	0	2	4	4
11. Total des paiements, patients hospitalisés pré-approuvés ($)	0	0	243 000	376 100	733 983
12. Nombre total de demandes, patients externes pré-approuvés (#)	22	12	37	15	30
13. Total des paiements, patients externes pré-approuvés ($)	42 900	127 400	94 000	86 400	287 631
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés (#)	120	47	118	160	21
15. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	288 117	22 900	985 800	72 700	168 365
16. Nombre total de demandes, patients externes (#)	419	133	249	659	59
17. Total des paiements, patients externes ($)	21 500	6 500	12 500	33 000	2 891

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
18. Nombre de médecins participants	2 718	2 796	2 820	2 907	3 142
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	1	2
20. Nombre de médecins non participants	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	970 000 400	1 178 460 260	1 240 000 000	1 282 330 000	1 477 724 267
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte ($)	437 348 300[6]	541 863 260[6]	570 245 600[6]	573 789 500[6]	656 669 682[6]

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
23. Nombre de services	638 087	690 676	729 095	711 340	832 117
24. Total des paiements ($)	35 554 200	38 179 300	41 047 600	41 331 100	48 044 525

[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 À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
25. Nombre de services pré-approuvés	145	23	189	190	457
26. Total des paiements pré-approuvés ($)	140 442	20 445	295 300	600 400	885 811
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
27. Nombre de services non pré-approuvés	1,627	709	1,703	2,111	516
28. Total des paiements non pré-approuvés ($)	93 058	41 200	156 900	139 200	43 904

SERVICES ÉQUIVALENTS À CEUX D'UN MÉDECIN[7]

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
29. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps plein dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
30. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps partiel dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
31. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant en dehors du système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

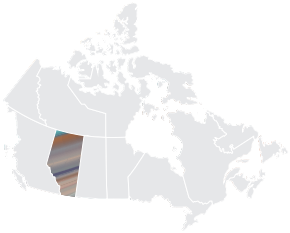
SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
32. Nombre de dentistes participants	74	70	65	69	56
33. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	17	12	0
34. Nombre de dentistes non participants	2	1	499[8]	605[8]	657[8]
35. Nombre de services fournis	10 374	9 804	7 926	8 778	9 157
36. Total des paiements ($)	1 046 000	1 197 300	1 450 600	1 771 200	2 011 449

[7] Les renseignements sur les services équivalents à ceux d'un médecin ne sont pas disponibles pour le moment. Des travaux sont en cours en réponse à la lettre d'interprétation publiée par Santé Canada le 10 janvier 2025.

[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



Le gouvernement de l'Alberta poursuit la réorientation de son système de santé dans le but de donner la priorité aux soins aux patients et d'habiliter les travailleurs de la santé de première ligne, y compris ceux qui servent les collectivités rurales, éloignées et autochtones, afin de leur permettre d'offrir des soins de qualité. En 2024–2025, le gouvernement de l'Alberta a investi dans des secteurs prioritaires, notamment la réduction des temps d'attente dans les services d'urgence, l'amélioration des délais d'intervention des services médicaux d'urgence et la réduction des temps d'attente en chirurgie, l'habilitation des travailleurs de première ligne ainsi que la prestation de services de soutien en santé mentale et en toxicomanie. De plus amples renseignements sont disponibles sur les sites Web du ministère de la Santé[1], du ministère de la Santé mentale et des Dépendances, ainsi que du ministère de l'Aide à la vie autonome et des Services sociaux (en anglais seulement).

À l'automne 2024, des modifications apportées à la *Provincial Health Agencies Act* ont conféré au ministère de la Santé un mandat clair pour transformer la prestation et la gouvernance des soins de santé en Alberta. Cette nouvelle approche axée sur les résultats remplace le modèle d'autorité régionale unique par un système plus intégré composé de quatre organismes de santé provinciaux (OSP), chacun axé sur un secteur clé de soins : Primary Care Alberta, en activité depuis le 1er février 2025; Acute Care Alberta, en activité depuis le 1er avril 2025; Assisted Living Alberta, constitué en personne morale le 1er avril 2025; et Recovery Alberta, qui a commencé ses activités le 1er septembre 2024. Ces organismes travaillent en coordination sous la supervision du ministère afin d'améliorer les résultats en matière de santé et d'assurer une responsabilisation accrue dans l'ensemble du système.

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 gère le régime d'assurance-maladie de l'Alberta appelé l'Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIP). En vertu de la *Health Insurance Premiums Act*, de l'*Alberta Health Care Insurance Act* (AHCIA) et de la *Hospitals Act*, les résidents de l'Alberta peuvent bénéficier de services assurés dans le cadre de l'AHCIP et de l'Hospitalization Benefits Plan conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Depuis 1969, l'AHCIA, qui peut être consultée

[1] Depuis le 16 mai 2025, le ministère de la Santé a été réorganisé en deux ministères, soit le ministère des Services de santé primaires et préventifs et le ministère des Services de santé hospitaliers et chirurgicaux (en anglais seulement). Pour les besoins du présent document, les deux ministères seront désignés sous le nom de « ministère de la Santé », car la scission a eu lieu après la période de référence 2024–2025.

sur le site Web de l'Imprimeur du Roi de l'Alberta (en anglais seulement), régit l'administration et le fonctionnement de l'AHCIP. L'article 3 de l'AHCIA instaure l'AHCIP et désigne le ministre de la Santé de l'Alberta (le ministre) comme l'autorité publique responsable de son administration et son fonctionnement.

1.2 Relation hiérarchique

Le ministre est responsable de l'AHCIP. En tant qu'autorité publique responsable de l'AHCIP, il est tenu d'administrer et de gérer l'AHCIP sans but lucratif, conformément à l'AHCIA et à ses règlements, afin d'offrir une couverture d'assurance pour les services de santé de base à tous les résidents de l'Alberta. L'AHCIA et ses règlements comprennent plusieurs mesures de responsabilisation relatives à l'administration et au fonctionnement de l'AHCIP, y compris des dispositions permettant au ministre de réévaluer les demandes de prestations et de recouvrer les trop-perçus par les praticiens.

La *Sustainable Fiscal Planning and Reporting Act* (SFPRA) fournit un cadre pour la budgétisation et la planification financière 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 2024–2025 (en anglais seulement), qui couvre l'exercice s'étendant du 1er avril 2024 au 31 mars 2025, a été publié le 27 juin 2025.

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 l'*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 renseignements du ministère de la Santé, a été publié le 27 juin 2025 dans le rapport annuel 2024–2025 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 résultat de son activité, conformément aux normes comptables canadiennes du secteur public pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2025.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospitals Act*, l'*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 reconnus (ECR). 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*) (remplacée le 21 juin 2024 par la *Provincial Health Agencies Act*) sont les entités responsables devant le ministre de la prestation des services hospitaliers assurés. Historiquement, Alberta Health Services (AHS) était l'autorité régionale de la santé de l'Alberta, responsable de l'exploitation de la majorité des hôpitaux agréés de la province. En décembre 2024, AHS est passée du statut d'autorité régionale de la santé à celui de prestataire de services de soins actifs en milieu hospitalier.

Les services hospitaliers financés à même les fonds publics et 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 2024–2025.

Les procédures diagnostiques fondées sur la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont financées à même les fonds publics 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. Les urgences et les besoins d'urgence en imagerie sont traités en priorité. À l'heure actuelle, les Albertains ne sont pas remboursés pour les examens d'IRM effectués dans des cliniques de radiologie diagnostique privées de la collectivité.

En 2024-2025, le ministère de la Santé n'a mis en œuvre aucune modification législative ou réglementaire concernant les services hospitaliers assurés, y compris ceux liés à l'imagerie diagnostique.

2.2 Services médicaux assurés

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

Aux termes de l'article 20.1 de l'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 ou a établi un arrangement conformément à 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 à l'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 prévue 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).

Le paragraphe 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 l'AHCIA. En 2024–2025, il n'y a pas eu d'ententes ou d'accords au titre de l'article 20 avec une personne visée à l'article 20.1.

Au 31 mars 2025, l'Alberta comptait 11 968 médecins participants à l'AHCIP. Parmi ces médecins :

- 9 534 ont réclamé des prestations exclusivement sur la base de la rémunération à l'acte;
- 1 051 ont réclamé des prestations uniquement dans le cadre d'un accord ou d'une entente en vertu de l'article 20 de l'AHCIA (p. ex. par le biais d'un autre mode de rémunération) (voir la section 5.2 pour plus de détails);
- les 1 383 restants ont réclamé des prestations à la fois sur la base de la rémunération à l'acte ou d'un autre mode de rémunération.

Au 31 mars 2025, la province comptait dix médecins non participants.

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 à l'AHCIP.

En vertu de l'article 8 de l'AHCIA, tous les médecins sont réputés participer à l'AHCIP. Aux termes du paragraphe 8(2), un médecin peut choisir de ne pas participer à l'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 l'AHCIA. Aux termes du paragraphe 8(3), le médecin peut décider de ne pas participer à l'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 à l'AHCIP, un médecin reconnaît que, à compter de la date d'entrée en vigueur de son retrait, il ne participera pas au régime public de soins de santé. Cela signifie que le médecin ne peut soumettre une demande auprès de l'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.

Le *Medical Benefits Regulation* (AR 84/2006) fixe les prestations accordées 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 médicales 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). 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.

Les codes de services de santé pour les soins virtuels ont été ajoutés de façon permanente au 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'explorer les possibilités à court terme en ce qui concerne les demandes de prestations pour les médecins fournissant virtuellement des services médicaux assurés. Ce groupe comptait des membres de AHS, de l'AMA et du College of Physicians and Surgeons of Alberta (CPSA). Sur la base des recommandations du groupe de travail, le ministère de la Santé a apporté en janvier 2022 des améliorations au barème des prestations médicales en ce

qui concerne les codes de services de santé virtuels. Le ministère a fourni les bulletins médicaux nécessaires (MED 252/254 et MED 266/268) à la communauté des médecins sur l'éducation et la soumission des demandes de remboursement pour les services assurés fournis virtuellement. À compter du 23 octobre 2023, le ministère de la Santé a apporté des modifications au barème des prestations médicales afin d'améliorer la prestation des services virtuels de santé mentale assurés en Alberta. Ces changements comprennent, entre autres, la création de nouveaux codes de services de santé pour la prestation virtuelle de psychothérapies de groupe et de famille et de services psychiatriques complexes assurés. En 2024–2025, aucun nouveau service de soins virtuels n'a été ajouté à ce barème.

2.3 Services équivalents à ceux d'un médecin

En Alberta, certains professionnels de la santé agréés autres que des médecins sont autorisés à fournir des services médicalement nécessaires équivalents à ceux d'un médecin, et ce, dans les limites de leur champ d'exercice tel que prévu par la loi. Il s'agit notamment des infirmières et infirmiers praticiens (IP), des sages-femmes, des pharmaciens, des podiatres, des chirurgiens podiatriques, des optométristes et des assistants en anesthésie travaillant selon des modèles de soins collaboratifs.

En 2024–2025, le nombre total d'IP travaillant dans les secteurs publics, notamment à Alberta Health Services, à Covenant Health, au sein des réseaux de soins primaires (Primary Care Networks) et du Nurse Practitioner Primary Care Program (NPPCP), s'établissait à 648. Parmi celles-ci, 293 représentaient des équivalents temps plein (ETP) et 114 équivalents temps partiel travaillant sous un exploitant. Les données relatives aux IP exerçant dans des milieux de soins primaires ne sont pas disponibles, puisque leur charge de travail est déterminée en fonction de la taille de la clientèle inscrite plutôt que du nombre d'heures travaillées.

Au 31 mars 2025, 52 IP exerçaient de façon autonome dans le cadre du NPPCP. Ces prestataires ont offert 63 769 services médicalement nécessaires à 31 905 Albertains, et près de 21 282 patients étaient inscrits auprès d'IP à titre de praticien principal de la prestation des soins de santé. Parmi celles-ci, 20 IP exerçaient dans des collectivités rurales et quatre fournissaient des services dans des collectivités des Premières Nations ou des établissements métis.

Le ministère de la Santé finance également le Primary Care Network Nurse Practitioner Support Program (PCN NPSP). Le NPSP a été lancé en avril 2019 dans le but d'accroître la présence des IP dans les milieux de soins primaires en Alberta. Dans le cadre du PCN NPSP, le ministère de la Santé verse aux réseaux de soins primaires un financement annuel total de 145 000 $ par 1 ETP afin d'employer des IP. Au T4 de 2024–2025, le nombre total d'ETP inscrits au PCN NPSP s'établissait à environ 55.

En Alberta, les IP sont généralement employés en milieu hospitalier, notamment dans des unités d'hospitalisation, des services d'urgence, des unités de soins intensifs et d'autres unités spécialisées. D'autres milieux d'emploi courants comprennent les soins ambulatoires et les cliniques de soins primaires.

Les services de sages-femmes ont continué de prendre de l'ampleur dans le cadre de la stratégie en matière de sages-femmes du ministère de la Santé, publiée en février 2025. Cette stratégie prévoit jusqu'à 10 millions de dollars en financement sous forme de subventions, dont 2 millions de dollars en 2024–2025, afin d'appuyer la formation de seconds accompagnants à la naissance autochtones.

Les services d'anesthésie demeurent sous pression. Au 31 mars 2025, 466 anesthésiologistes étaient inscrits en Alberta, soit une hausse de 2,4 % par rapport à 2023–2024. Afin d'optimiser la capacité existante, AHS continue d'étendre le modèle de l'Anesthesia Care Team (ACT), qui permet aux assistants en anesthésie d'appuyer les anesthésiologistes de sorte qu'un médecin puisse superviser plusieurs cas.

Depuis 2007, les pharmaciens en Alberta exercent dans le cadre d'un champ d'exercice élargi qui leur permet, conformément aux normes de pratique, de fournir une gamme de services cliniques. L'arrêté ministériel établissant le Compensation Plan for Pharmacy Services, qui s'inscrit dans le cadre plus large du Pharmacy Funding Framework, autorise les pharmacies albertaines à facturer au gouvernement ces services cliniques selon un modèle de paiements à l'acte. Tous les Albertains inscrits à l'AHCIP sont admissibles à ces services, sans frais. En plus de délivrer des ordonnances, les pharmaciens fournissent des services cliniques, tels que la prescription, le renouvellement d'ordonnances, l'administration d'injections et l'établissement de plans de soins pour la prise en charge des maladies chroniques. Au 1er janvier 2025, 4484 pharmaciens exerçaient en milieu communautaire en Alberta.

Le financement de ces prestataires est accordé par l'entremise de budgets de programmes ciblés et de modèles de rémunération de rechange, plutôt que par la facturation à l'acte directement à l'AHCIP. Le budget de 2024 a prévu un investissement de 475 millions de dollars dans le cadre de l'initiative Modernizing Alberta's Primary Health Care System, dont 17 millions de dollars pour élaborer un modèle de rémunération des infirmières praticiennes, 100 millions de dollars pour améliorer l'accès aux médecins de famille, 10 millions de dollars pour des initiatives en santé autochtone et 24,3 millions de dollars pour appuyer la gestion de groupes de patients et l'amélioration des pratiques.

Les infirmières et infirmiers praticiens sont financés au moyen d'une combinaison de modèles :

- **Contrat :** Le NPPCP permet aux IP participants de recevoir un financement directement de la province pour les services fournis dans des milieux de soins primaires.
- **Salaire :** Les IP peuvent également être des employés salariés d'exploitants publics de services de santé et de réseaux de soins primaires.

Les services de sages-femmes sont financés à même les fonds publics au moyen de contrats administrés par AHS et de subventions accordées dans le cadre de la stratégie en matière de sages-femmes.

Les services d'optométrie financés à même les fonds publics sont rémunérés selon le barème des prestations d'optométrie, tandis que les services de chirurgie podiatrique financés à même les fonds publics sont rémunérés selon le barème des prestations de podiatrie et le barème des prestations de chirurgie podiatrique (tous en anglais seulement).

Les prestataires qui offrent des services équivalents à ceux d'un médecin financés à même les fonds publics sont assujettis aux mêmes interdictions relatives à la surfacturation que les médecins. Bien que l'on ne dispose pas de renseignements sur les infirmières et infirmiers praticiens travaillant entièrement en dehors du système financé à même les fonds publics, ceux qui participent au NPPCP ou à d'autres programmes financés par AHS ne peuvent pas facturer directement aux patients les mêmes services assurés.

2.4 Services de chirurgie dentaire assurés

En Alberta, certaines interventions dentaires et chirurgies buccales médicalement nécessaires sont assurées par l'AHCIP et figurent dans le barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale (en anglais seulement). Aucune mise à jour n'a été apportée à ce barème en 2024–2025.

La majeure partie des interventions dentaires dont les prestations sont réclamées par l'entremise de l'AHCIP ne peuvent être facturées que lorsqu'elles sont pratiquées par un dentiste spécialisé en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui satisfait aux exigences de l'AHCIA. Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un hôpital public ou dans un ECR. Les services chirurgicaux majeurs, tels que décrits à l'alinéa 2(2)b) de la HFA, ne peuvent être fournis que dans un hôpital public. Au 31 mars 2025, 149 dentistes avaient présenté des demandes de remboursement de prestations au titre de l'AHCIP pour des actes dentaires admissibles au cours de l'exercice 2024–2025 et aucun dentiste n'était non-participant. Les soins dentaires de routine ne sont pas des services assurés dont la prestation est remboursable par l'entremise de l'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 l'AHCIA, tous les dentistes sont réputés participer à l'AHCIP. Aux termes du paragraphe 7(2), un dentiste peut choisir de se retirer de l'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 l'AHCIA. Aux termes du paragraphe 7(3), le dentiste peut décider de ne pas participer à l'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 choisissant de ne pas participer à l'AHCIP, un dentiste reconnaît que, à compter de la date d'entrée en vigueur de son retrait, il ne participera pas au régime public de soins de santé. Cela signifie que le dentiste ne peut soumettre une demande auprès de l'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.

2.5 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 Preferred Accommodation and Non-Standard Goods or Services Policy (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) de l'*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) de l'*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 l'AHCIP comprennent, notamment :

- les services de médecine légale;
- 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. Bien qu'aucun service médical n'ait été retiré du barème des prestations médicales, les examens partiels de la vue pour les enfants et les personnes âgées ne constituent plus un service assuré au titre du barème des prestations d'optométrie à compter du 1er février 2025. Certains services ont été modifiés et regroupés différemment en 2024–2025. Par exemple, la cystographie simple a été remplacée par l'interprétation de la débitmétrie urinaire et le cystométrogramme a été remplacé par le bilan urodynamique dans le cadre du cycle annuel d'allocation.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

En vertu de la *Health Insurance Premiums Act*, de l'*Alberta Health Care Insurance Act* et de la *Hospitals Act*, les résidents de l'Alberta sont admissibles à recevoir des services assurés dans le cadre de l'Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIP) et du Hospitalization Benefits Plan. Aucun changement n'a été apporté aux critères d'admissibilité en 2024–2025.

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.

Un résident n'a pas droit à la couverture s'il est membre des Forces armées canadiennes ou s'il purge une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral, au sens de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Ces résidents bénéficient de la couverture des soins de santé du gouvernement fédéral. Les conjoints ou partenaires et les personnes à charge de ces résidents bénéficient d'une couverture s'ils sont résidents de l'Alberta.

Les militaires libérés des Forces armées canadiennes ou les individus relâchés des pénitenciers fédéraux en Alberta peuvent bénéficier immédiatement d'une couverture si le ministère en est informé dans un délai de trois mois. Si la cessation d'emploi ou la libération a lieu dans une autre région du Canada, ces personnes sont admissibles à une couverture le premier jour du troisième mois suivant leur établissement en Alberta.

Afin de pouvoir bénéficier des services couverts par l'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 de l'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.

En vertu de l'article 25(1) de la *Health Insurance Premiums Act*, les individus peuvent choisir à tout moment, pour eux-mêmes et leurs personnes à charge, de ne pas participer à l'AHCIP et au Hospitalization Benefits Plan en déposant une déclaration auprès du ministre indiquant leur intention de s'exclure. Une déclaration de non-participation prend effet le jour où elle est déposée et reste en vigueur pendant 36 mois ou jusqu'à ce que la déclaration soit révoquée par l'individu. Une nouvelle déclaration doit être remplie tous les 36 mois de non-participation.

Au 31 mars 2025, 5 499 799 résidents de l'Alberta étaient inscrits auprès du ministère de la Santé pour bénéficier de la couverture de l'AHCIP et du Hospitalization Benefits Plan et 198 résidents de l'Alberta avaient choisi d'être non participants à l'AHCIP et au Hospitalization Benefits Plan.

3.2 Autres catégories de personnes

En vertu de l'*Alberta Health Care Insurance Regulation*, une personne peut être considérée comme résidente aux fins de la couverture au sens de l'AHCIP si elle réside en Alberta pour travailler ou étudier, ou si elle est le conjoint, le partenaire ou la personne à charge d'une personne qui est ici pour travailler ou étudier. Une disposition similaire est prévue dans le *Hospitalization Benefits Regulation* aux termes de laquelle une personne qui fréquente à temps plein un établissement d'enseignement, mais dont le lieu de résidence habituel est situé à l'extérieur du Canada, est considérée comme un résident et peut bénéficier de la couverture du Hospitalization Benefits Plan si elle a l'intention de rester en Alberta pendant 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 de l'AHCIP est offerte aux résidents temporaires et aux personnes à charge les accompagnant qui remplissent toutes les conditions d'admissibilité. Au 31 mars 2025, 194 780 personnes étaient couvertes par l'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 à l'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 à l'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 à l'AHCIP et au 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 de l'AHCIP et du Hospitalization Benefits Plan, 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 de l'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 de l'AHCIP et du Hospitalization Benefits Plan peut leur être accordée si elles remplissent les conditions d'admissibilité pour un résident réputé.

L'Ukrainian Evacuee Temporary Health Benefits Program a pris fin le 31 mars 2025, et 57 837 personnes ont été, le 1er avril 2025, intégrées à l'AHCIP afin de maintenir leur couverture d'assurance-maladie.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Généralement, aux termes de l'Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIP) et du 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

L'AHCIP offre une couverture aux termes de l'*Alberta Health Care Insurance Regulation* aux résidents admissibles de l'Alberta qui résident temporairement ailleurs au Canada. Le Hospitalization Benefits Plan prévoit une disposition semblable 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 de l'AHCIP et du Hospitalization Benefits Plan.

Les travailleurs étrangers temporaires qui sont considérés comme des résidents réputés conservent leur couverture en vertu de l'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 2024–2025, aucune modification n'a été apportée à la loi concernant la transférabilité à l'intérieur du pays. De plus amples renseignements sur la couverture pendant des absences temporaires à l'extérieur de l'Alberta sont accessibles en ligne.

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 2024–2025.

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

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

Une personne est considérée absente temporairement de l'Alberta si elle demeure hors du Canada pour une période d'au plus six mois consécutifs et qu'elle prévoit retourner et garder sa résidence permanente en Alberta à la fin de son séjour à l'extérieur de la province.

Les personnes qui s'absentent couramment de l'Alberta chaque année doivent en général y passer un total cumulatif de 183 jours au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Le ministère de la Santé peut considérer des exceptions selon les circonstances personnelles. Par ailleurs, les personnes peuvent continuer d'avoir droit à l'assurance si, de façon répétée, elles s'absentent de l'Alberta pour un maximum de 212 jours au cours d'une période de 12 mois à des fins de vacances.

Les personnes qui quittent temporairement la province pour des vacances prolongées, ou occuper un emploi temporaire, peuvent demeurer admissibles au régime pendant une période de 24 à 48 mois consécutifs. Les personnes qui étudient à temps plein à l'extérieur du pays dans un établissement d'enseignement agréé ont droit à la couverture pendant la durée de leurs études dans la mesure où elles ont l'intention de demeurer en Alberta après leurs études.

Le montant maximal payable à l'égard de services hospitaliers aux patients hospitalisés à l'extérieur du pays est de 100 $ (canadiens) par jour (excluant le jour du congé). Le montant par visite en consultation externe est de 50 $ (canadiens), à raison d'une visite par jour. La seule exception est l'hémodialyse offerte aux patients non hospitalisés pour un coût maximum de 591 $ (canadiens) par visite, à raison d'une visite par jour. Les services offerts par des médecins ou des dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux sont payés aux tarifs de l'Alberta conformément au barème des prestations médicales.

L'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'alinéa 12(2)l) de l'*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'alinéa 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 l'Out-of-Country Health Services Committee (OOCHSC). L'OOCHSC évalue les demandes de remboursement pour des services médicaux assurés et des services hospitaliers assurés 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.

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

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

L'OOCHSC et le comité d'appel ont été créés en vertu de l'*Alberta Health Care Insurance Regulation* et sont maintenus en vertu de l'*Out-of-Country Health Services Regulation* (Alta Reg 78/2006).

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

L'alinéa 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 2024–2025.

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 l'OOCHSC, les services assurés qui sont médicalement nécessaires, ne sont pas expérimentaux et ne sont pas offerts en Alberta ni ailleurs au Canada.

Il est possible de faire appel des décisions prises par l'OOCHSC. Un médecin ou un dentiste de l'Alberta, au nom du résident de l'Alberta ou de la personne qui réside en Alberta, peut soumettre un appel au comité d'appel. Le comité d'appel examine la demande et la décision du comité et détermine s'il faut confirmer, modifier ou remplacer la décision de l'OOCHSC faisant l'objet de l'appel.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le gouvernement de l'Alberta est déterminé à satisfaire aux besoins en soins de santé de tous les Albertains. Pour s'assurer que les Albertains ont le meilleur accès possible aux services de soins de santé primaires, le ministère de la Santé finance des réseaux de soins primaires. Les médecins et Primary Care Alberta (PCA), l'organisme de santé de la province, sont tous deux responsables des réseaux de soins primaires dans le cadre d'accords de coentreprise. Dans la plupart des cas, la société à but non lucratif des médecins et PCA concluent un accord de coentreprise aux termes duquel ils conviennent d'exploiter le réseau de soins primaires. Dans certains cas, PCA et les médecins concluent un accord de coentreprise et forment une société à but non lucratif pour exploiter le réseau de soins primaires. Dans les deux cas, le ministère de la Santé fournit des fonds de subvention pour l'exploitation du réseau de soins primaires.

Les réseaux de soins primaires 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 réseau de soins primaires 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. Au 28 février 2025, l'Alberta comptait 39 réseaux de soins primaires fournissant des services à plus de 4 millions d'Albertains, avec plus de 4800 professionnels de la santé agréés et l'équivalent de 1600 autres prestataires de soins de santé travaillant à temps plein.

Lancé le 1er avril 2024, le Nurse Practitioner Primary Care Program (NPPCP) du gouvernement de l'Alberta a été mis en place pour aider à stabiliser, renforcer et améliorer le système de soins primaires de l'Alberta. Comme mentionné précédemment à la section 2.3, le NPPCP comptait 52 infirmières et infirmiers praticiens (IP) au 31 mars 2025. Parmi ces 52 IP, quatre exercent de manière autonome.

Le NPPCP fournit des services de soins primaires financés à même les fonds publics pour permettre aux IP d'offrir davantage de choix de services de santé aux Albertains et à leurs communautés. Grâce à la création du NPPCP, les IP sont rémunérés pour dispenser des soins primaires complets et gérer leurs propres cliniques indépendantes ou exercer de manière indépendante dans le cadre d'une équipe de soins. Les IP offrent des services de santé en fonction de leur champ d'activité, de leur formation et de leur expertise. Faciliter l'accès d'un plus grand nombre d'IP aux établissements de soins primaires permettra d'accroître la capacité du système de soins de santé primaires et d'offrir aux Albertains davantage d'options pour accéder aux services de soins de santé primaires au sein de leur communauté.

L'article 9 de l'*Alberta Health Care Insurance Act* (AHCIA) interdit la surfacturation par les médecins ou les dentistes qui ont adhéré au régime d'assurance-maladie (c'est-à-dire les médecins et les dentistes participant à l'Alberta Health Care Insurance Plan [AHCIP]). Aucun médecin ou dentiste qui participe à l'AHCIP et qui fournit des services assurés à un résident couvert par l'AHCIP n'est autorisé à exiger ou à percevoir de quiconque un montant en plus des prestations versées par le ministre de la Santé pour ces services assurés. Le paragraphe 9(1.1) de l'AHCIA contient une interdiction similaire pour les personnes visées à l'article 20.1 de l'AHCIA.

L'article 11 de l'AHCIA interdit à toute personne d'exiger ou 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 à l'AHCIP;

b) une somme dont le paiement est exigé comme condition pour recevoir un service assuré fourni par un médecin ou dentiste qui participe à l'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, par 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 l'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 mené.

Le ministère de la Santé surveille et fait appliquer la conformité à l'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 l'AHCIA. Si un examen de conformité révèle des preuves de non-conformité aux articles 9 ou 11 de l'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 à l'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 l'AHCIA s'appliquent.

L'article 13 de l'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 recouvrés en vertu de l'article 13 qui ont été payées par cette personne et n'ont pas été remboursées 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 a procédé à un audit des cliniques fonctionnant selon ces modèles d'entreprise. Cet audit a commencé début 2024 et s'est achevé en avril 2025. Un résumé du rapport d'audit est disponible ici : Membership clinic audit : summary report—Open Government (en anglais seulement). Le rapport comporte dix constatations clés et cinq recommandations. La portée de l'audit excluait toute décision pour ou contre le maintien des cliniques d'adhésion en Alberta. L'audit visait plutôt à disposer de données probantes à l'appui des considérations stratégiques relatives à la surveillance, à l'équité et à la durabilité dans le contexte du système de soins de santé publique de l'Alberta.

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 des 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.

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 les OSP et AHS, partagent la responsabilité de la planification et de la gestion du plan d'investissement en santé ainsi que des projets connexes.

Il incombe au ministère de la Santé d'établir les orientations stratégiques et d'appliquer les politiques, les lois et les normes de santé, en plus de fournir le budget de fonctionnement général de AHS, en collaboration avec les OSP. AHS et les OSP définissent et établissent 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 *Provincial Health Agencies 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 2024 a consacré 4,5 milliards de dollars sur trois ans pour faire avancer un certain nombre de projets d'investissement, dont : 313 millions de dollars sur trois ans pour développer une capacité chirurgicale supplémentaire dans le cadre du programme Alberta Surgical Initiative; 109 millions de dollars dans le cadre d'un investissement total de 1,4 milliard de dollars pour permettre l'ouverture du Arthur J.E. Child Comprehensive Cancer Centre, un centre ultramoderne pour le traitement et les soins du cancer; 151 millions de dollars dans le cadre d'un engagement financier total de 1,8 milliard de dollars pour soutenir le réaménagement du Red Deer Regional Hospital Centre; 53 millions de dollars pour terminer le projet de 84 millions de dollars visant à agrandir et à moderniser le Rockyview General Hospital; 172 millions de dollars sur un total de 512 millions de dollars sur trois ans pour entretenir et rénover les établissements de santé de la province dans le cadre du Capital Maintenance and Renewal Program.

En outre, le budget 2024 prévoit un soutien continu aux projets en cours, notamment 57 millions de dollars sur trois ans pour améliorer l'innocuité des produits pharmaceutiques et leur accessibilité, 35 millions de dollars sur trois ans pour le EMS Capital Grant Program, 159 millions de dollars sur trois ans pour les phases 1 et 2 du programme de retraitement des dispositifs médicaux, ainsi que plusieurs autres projets d'investissement dans le domaine de la santé.

5.2 Rémunération des médecins

L'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 l'AHCIA), y compris les règles concernant la facturation monolithique par les médecins (c.-à-d. définie par CPSA comme un montant fixe pour tous les services désignés non assurés fournis au cours d'une période donnée).

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

Les médecins sont rémunérés par l'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 l'AHCIA. Voici quelques exemples de modèles de rémunérations alternatives : Clinical Alternative Relationship Plans (ARP cliniques); accords-cadres de l'Alberta Academic Medicine and Health Services Program. 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 dans le cadre d'un ARP clinique.

Les ARP cliniques et les accords-cadres de l'Alberta Academic Medicine and Health Services Program 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 les accords-cadres de l'Alberta Academic Medicine and Health Services Program 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, en fonction de facteurs comme le temps consacré à la prestation de services ou aux groupes de patients.

Il existe deux accords-cadres de l'Alberta Academic Medicine and Health Services Program, 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 accords-cadres sont multipartites, incluant le ministre de la Santé, AHS, les médecins participants et l'université concernée. 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 les questions relatives à l'indemnisation des services médicalement nécessaires fournis par les médecins et les programmes de soutien aux médecins. L'accord couvre la période allant du 1er 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 l'AHCIA, le ministère de la Santé vérifie régulièrement les demandes de remboursement présentées par les médecins pour leurs prestations afin d'évaluer leur conformité à l'AHCIA. Le ministère de la Santé utilise des méthodes statistiques et d'évaluation du risque pour déterminer les erreurs ou les problèmes avec les demandes de remboursement payées aux termes de l'AHCIP. Un praticien ou un groupe de praticiens peut faire l'objet d'un examen de conformité afin de déterminer la conformité à des exigences législatives ou contractuelles précises. De plus, un examen de conformité peut avoir lieu en raison d'une plainte précise formulée par une tierce partie concernant un médecin.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux publics de l'Alberta sont gérés par 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 à but non lucratif aux termes d'ententes de service conclues avec AHS exploitent les hôpitaux publics, conformément à la *Hospitals Act* et à ses règlements. La *Health Facilities Act* (HFA) interdit l'exploitation d'hôpitaux privés.

La *Provincial Health Agencies Act* régit le financement de AHS, la seule autorité 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'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 l'exploitant d'un ECR et un organisme provincial de santé ou AHS afin que les services chirurgicaux assurés soient fournis dans l'ECR de l'exploitant. Pour pouvoir exercer leurs activités, les ECR doivent également être désignés par le ministre, agréés par le CPSA et désignés en vertu de la section 1 de la *Health Facilities Act*.

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 ne peut être accordée 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 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.

Selon les termes de l'accord conclu entre l'autorité régionale de la santé (c.-à-d. AHS) et l'administrateur d'un ECR, l'autorité régionale de la santé convient de payer à l'administrateur les « frais d'établissement ». Ces frais couvrent les frais généraux de l'établissement, tels que l'équipement et le personnel. Les médecins qui fournissent des services chirurgicaux assurés à des patients dans un ECR soumettent des demandes de prestations aux termes de l'AHCIP. Les prestations demandées et payées au médecin sont les mêmes, que le médecin fournisse le service chirurgical assuré dans un hôpital public ou dans un ECR.

En 2024–2025, des modifications ont été apportées à la *Health Facilities Act* afin de préciser que les ECR et les hôpitaux publics ne peuvent exiger de frais pour des biens ou services améliorés liés à des services chirurgicaux assurés.

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 2024 – Plan financier (en anglais seulement);
- Rapport annuel 2024–2025 du gouvernement de l'Alberta (en anglais seulement);
- Rapport annuel sur la santé 2024–2025 (en anglais seulement).

PERSONNES INSCRITES

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
1. Nombre en date du 31 mars	4,825,270	4,913,180	5,106,110	5,333,327	5,499,799

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Établissements publics	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
2. Nombre	228	231	231	231	128
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE[1]

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	4,479	4,956	4,951	5,145	4,757
7. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	34,951,536	43,435,985	46,820,271	59,694,402	56,024,130
8. Nombre total de demandes, patients externes	108,778	124,788	109,168	105,631	98,246
9. Total des paiements, patients externes ($)	38,124,525	38,535,537	38,219,646	40,436,208	43,958,427

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA[1,2,3]

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés pré-approuvés (#)	622	1,062	1,674	1,878	2,546
11. Total des paiements, patients hospitalisés pré-approuvés ($)	61,787	103,693	166,244	185,866	253,339
12. Nombre total de demandes, patients externes pré-approuvés (#)	457	715	1,515	1,662	2,219
13. Total des paiements, patients externes pré-approuvés ($)	31,455	104,682	262,768	236,212	234,334
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
15. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
16. Nombre total de demandes, patients externes (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
17. Total des paiements, patients externes ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

[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] 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 TERRITOIRE[4]

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
18. Nombre de médecins participants[5,6]	10 631	10 816	11 085	11 435	11 968
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé[7]	0	0	0	0	0
20. Nombre de médecins non participants	2	2	4	6	10
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte ($)	3 625 400 111	4 035 008 312	4 292 864 026	4 687 655 606	5 162 919 891

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
23. Nombre de services	597 064	684 248	599 987	901 515	623 045
24. Total des paiements ($)	27 115 215	30 346 947	30 795 005	31 133 669	32 468 766

[4] 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.

[5] 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*.

[6] Sure les 11 968 médecins participants, 9 534 ont été rémunérés exclusivement à l'acte, 1 051 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 1 383 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*.

[7] La législation albertaine stipule que tous les médecins sont réputés participer au régime d'assurance-santé de l'Alberta, à moins qu'ils ne s'en retirent conformément à la procédure prévue à l'article 8 de l'*Alberta Health Care Insurance Act*.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA[8,9]

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
25. Nombre de services pré-approuvés	2 450	5 133	9 057	10 486	non disponible
26. Total des paiements pré-approuvés ($)	201 756	463 970	716 878	813 151	non disponible
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
27. Nombre de services non pré-approuvés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
28. Total des paiements non pré-approuvés ($)[9]	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES ÉQUIVALENTS À CEUX D'UN MÉDECIN

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
29. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps plein dans le système public	251	263	263	284	293
30. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps partiel dans le système public	101	94	103	111	114
31. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant en dehors du système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

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

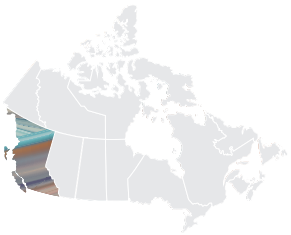
	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
32. Nombre de dentistes participants	182	189	166	147	149
33. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé[10]	0	0	0	0	0
34. Nombre de dentistes non participants[10]	0	0	0	0	0
35. Nombre de services fournis	49 024	60 568	68 114	74 663	87 361
36. Total des paiements ($)	15 344 493	18 952 367	21 482 596	23 162 300	27 469 303

[8] Sont exclus de ces données les résidents de l'Alberta qui ont reçu des services de santé dans le cadre du processus de demande Out-of-Country Health Services Committee. De plus, suite à un changement de méthode en 2015–2016, il y a un décalage d'un an entre la fin de l'exercice et la date de paiement pour les données sur l'extérieur du pays. Ainsi, les données pour les services fournis à l'étranger sont toujours en traitement pour 2024–2025.

[9] 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.

[10] 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 maladie 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 tous les résidents de la C.-B. aient accès à des services de santé de qualité, adaptés sur le plan médical et culturel, et dispensés en temps opportun.

Ce rapport fournit des informations sur le système de santé public de la C.-B. pour la période allant du 1er avril 2024 au 31 mars 2025. 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 2023–2024 à 2025–2026 (en anglais seulement).

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le ministère de la Santé (le Ministère) est responsable de toutes les questions liées aux programmes d'assurance maladie gérés par le gouvernement en vertu de la *Ministry of Health Act*. La *Medicare Protection Act* (MPA) maintient le programme d'assurance maladie public de la Colombie-Britannique, le Medical Services Plan (MSP), et les principes de préservation d'un système de soins de santé public financièrement viable pour la Colombie-Britannique (C.-B.) et soutient l'accès aux soins médicaux nécessaires en fonction des besoins et non de la capacité de paiement 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 conformément à la *Health Authorities Act*. Une sixième autorité de la santé, la Provincial Health Services Authority (PHSA), constituée en vertu de 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 afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins respectueux de la culture et empreints d'humilité pour les peuples autochtones, et de combler les écarts en matière de santé chez les peuples 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 (FNHA), le Conseil de la santé des Premières Nations et l'Association des directeurs de la santé des Premières Nations, soit depuis la création de l'Accord-cadre tripartite de 2011 sur la gouvernance de la santé des Premières Nations (l'Accord-cadre tripartite). La FNHA soutient la santé et le bien-être des membres des Premières Nations de la C.-B et est responsable de la planification, de la gestion, de la prestation de services et du financement des programmes de santé des Premières Nations en partenariat avec les communautés des Premières Nations de la C.-B. Le financement de base de la FNHA est administré dans le cadre de l'Entente de financement du Canada 2023–2033, qui soutient les programmes de santé des Premières Nations conformément au plan de santé pluriannuel de la FNHA. Cela comprend le programme 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 (MNBC), comme en témoigne le Métis Nation Relationship Accord II (2016) et la lettre d'intention BC-MNBC (2021), 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 on the Rights of Indigenous Peoples Act* (Declaration Act) de la C.-B., tant du point de vue des autorités de la santé, que de celui du gouvernement de la Colombie-Britannique, 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, conformément aux recommandations du rapport In Plain Sight, sont au fondement de cette démarche et désormais mises en œuvre dans le cadre du Declaration Act Action Plan. On peut citer à titre d'exemple la publication en 2022 de la norme de sécurité culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique (BC Cultural Safety and Humility Standard), élaborée par la FNHA et l'Organisation des normes de santé avec le soutien de la province, ainsi que l'élaboration et l'approbation en 2023 de la stratégie tripartite décennale sur les déterminants sociaux de la santé. La stratégie décennale établit les principales stratégies pour le changement systémique, les indicateurs et les résultats en matière de santé, les objectifs de partenariat et les alignements, notamment avec les appels à l'action de la CVR, l'alignement éventuel avec le Declaration Act Action Plan dans tous les ministères du secteur social et avec les recommandations du rapport « In Plain Sight ».

MSP qui est géré par la Medical Services Commission (MSC) relevant du ministre de la Santé de la Colombie-Britannique (le ministre) conformément à la MPA, offre aux bénéficiaires une couverture de soins de santé (y compris de nombreux services diagnostiques) et effectue les paiements correspondants aux praticiens médicaux et autres professionnels de la santé.

Le MSP est administré en vertu de la MPA qui 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*.

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. (connue sous le nom de 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.

Les services hospitaliers généraux et certains services d'imagerie diagnostique sont financés par l'État en C.-B. en vertu de la *Hospital Insurance Act* (HIA), du règlement *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 administrés et financés dans le cadre 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), de la gouvernance, de reddition de comptes et de la prestation pour tous les services de laboratoire de la C.-B. Depuis la promulgation de la LSA en 2015, le ministère a délégué l'exécution de plusieurs 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. À compter du 30 août 2024, le règlement sur les services de laboratoire a été mis à jour afin d'inclure les pharmaciens parmi les praticiens référents habilités à prescrire des analyses de laboratoire à des fins de gestion des médicaments.

Le *Laboratory Services Regulation* (en vertu de la LSA) a été modifié en 2024–2025 afin d'élargir l'éventail des professionnels de la santé et des organisations de soins de santé qui sont autorisés à commander des tests de laboratoire qui sont couverts par la LSA. À compter du 30 août 2024, des modifications ont été apportées afin de permettre aux pharmaciens autorisés de prescrire certains tests de laboratoire dans le cadre des prestations prévues par la LSA, dans le but d'identifier, d'évaluer et de prévenir ou de résoudre les problèmes liés aux médicaments et aux dispositifs médicaux, de surveiller les traitements médicamenteux et de fournir des conseils sur les médicaments et les dispositifs médicaux.

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 2024–2025 (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).

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 régionales de santé et la PHSA ont des conseils d'administration indépendants. Cependant, les conseils d'administration des autorités de santé rendent compte au public par l'intermédiaire du ministre et relèvent de ce dernier en ce qui concerne la gestion, de même qu'elles sont tenues de suivre ses directives. Chaque président de conseil d'administration d'une autorité sanitaire reçoit une lettre de mandat du ministre, qui est publiée sur le site web de l'autorité sanitaire. Les membres du conseil d'administration de chaque autorité sanitaire sont tenus de signer la lettre de mandat de l'autorité sanitaire, qui énonce les principes généraux applicables à l'ensemble du secteur public et les orientations spécifiques du ministre en ce qui concerne les priorités et les attentes pour chaque autorité sanitaire.

La FNHA n'est pas une autorité sanitaire régionale en vertu de la *Health Authorities Act* et ne reçoit pas de lettres de mandat en raison du partenariat unique de gouvernance entre les Premières Nations de la C.-B. et le gouvernement de la province. La structure de gouvernance de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique comprend la FNHA (opérations et prestation de programmes), le Conseil de la santé des Premières Nations (direction et défense des intérêts politiques), l'Association des directeurs de la santé des Premières Nations (conseil) et le Comité tripartite sur la santé des Premières Nations (coordination et harmonisation). Cette structure fonctionne collectivement dans le cadre d'un partenariat tripartite en matière de santé afin de réaliser une vision commune de la transformation du système de santé, telle que décrite dans l'accord-cadre tripartite. Le ministère et la FNHA travaillent sur la base d'une responsabilité réciproque, en fixant des attentes en matière de planification, d'administration, de prestation et de suivi des services de santé qui soutiennent la santé et le bien-être des Premières Nations en Colombie-Britannique.

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 Colombie-Britannique, 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 a passé des contrats avec des prestataires de services pour assurer une grande partie des opérations administratives du MSP (le régime d'assurance médicale 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 remboursement de frais médicaux et pharmaceutiques des professionnels de la santé. Ces opérations administratives sont réalisées

dans le cadre du programme Health Insurance BC (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 pharmaceutiques en vertu de la *Pharmaceutical Services Act*. Les fonctions d'établissement des politiques et de prise de décisions en ce qui concerne ces services continuent de relever du Ministère.

En août 2022, PBC Solutions Limited (une filiale de Pacific Blue Cross Health Benefits Society) a obtenu le contrat d'exploitation du programme HIBC, la transition des services de l'ancien prestataire et exploitant MAXIMUS Canada vers PBC Solutions Limited ayant eu lieu le 21 mai 2023.

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 de la Santé (le ministre) le pouvoir de désigner les établissements comme hôpitaux et les sociétés comme sociétés hospitalières, d'accorder des permis aux hôpitaux privés (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* donnent droit aux bénéficiaires à des « services hospitaliers généraux », définissent le groupe de bénéficiaires et établissent la couverture et d'autres dispositions pour les services hospitaliers. Elles autorisent également le ministre à effectuer des paiements aux autorités sanitaires pour le fonctionnement des hôpitaux.

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 2023–2024 ont continué d'être financés en 2024–2025.

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 examens de laboratoire, d'imagerie diagnostique et radiologiques, accompagnés des interprétations nécessaires, ainsi que les autres examens diagnostiques approuvés par le ministre dans un hôpital donné, accompagnés des interprétations nécessaires, dans le but de préserver la santé, de prévenir les maladies et de faciliter le diagnostic et le traitement des maladies, des blessures ou 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;
- imagerie par résonance magnétique diagnostique;
- 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 ci-dessous, qui sont précisés dans le *Medical and Health Care Services Regulations* pris en vertu de la *Medicare Protection Act* (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 autorisés à facturer au système de santé public :

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

Les services de laboratoire médicalement nécessaires pour les patients hospitalisés et les patients externes sont administrés et fournis en tant que prestations aux bénéficiaires en vertu de la *Laboratory Services Act* (LSA). Les tests de laboratoire ambulatoires financés par le modèle de paiement à l'acte du Medical Services Plan (MSP) sont énumérés dans le Laboratory Services Outpatient Payment Schedule (barème de paiement des services de laboratoire ambulatoires).

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 pour les patients recevant des soins de longue durée dans des hôpitaux de soins prolongés ou généraux (soins aigus), ou dans des hôpitaux privés de soins de longue durée autorisés en vertu de la 2e partie de la *Hospital Act*. Les autorités de la santé et les hôpitaux sont tenues de suivre les politiques de soins à domicile et communautaires pour établir quelles prestations sont couvertes dans de tels cas);
- d'autres exceptions sont énumérées à la section 2.4 ci-après.

Conformément à la définition des prestations en vertu de la MPA, les services diagnostiques comme l'échographie et la tomodensitométrie (TDM) ne sont couverts par l'assurance que s'ils sont dispensés dans un établissement agréé par le MSC pour ces services d'imagerie. Pendant l'exercice 2024–2025, aucune modification n'a été apportée à la législation ou à la réglementation concernant les paiements par les patients des services fournis dans des établissements de diagnostic privées (non agréés par le MSC) qui peuvent être accrédités par le programme d'accréditation diagnostique du Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique.

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 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 et en règle auprès du College of Physicians and Surgeons of British Columbia. Ils doivent aussi être inscrits au MSP afin d'être rémunérés pour des services publics. Au 31 mars 2025, 13 385 médecins étaient inscrits au MSP et recevaient des paiements à l'acte. Au 31 mars 2025, 4 565 médecins inscrits au MSP participaient activement au modèle de rémunération longitudinal des médecins de famille.

Outre les médecins et les dentistes, les catégories de praticiens 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 sont pas payées directement par le MSP dans le cadre de la MPA. De plus, le personnel infirmier autorisé en pratique certifiée (IA(C)), le personnel infirmier autorisé (IA), le personnel infirmier psychiatrique autorisé (IPA) et le personnel infirmier psychiatrique autorisé en pratique certifiée (IPA(C)), sont habilités à orienter de façon autonome les bénéficiaires admissibles du MSP vers certains tests de laboratoire médicalement nécessaires conformément au calendrier de leur praticien référent et dans les limites de leur champ d'activité défini par le 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 traitant ou d'infirmière ou d'infirmier praticien, mais qui ont accès à des soins infirmiers offerts par un IA(C), un IA, un IPA ou un IPA(C). Les IA(C), les IA, les IPA et les IPA(C) n'ont pas à soumettre de renseignements sur la facturation au MSP; ils peuvent uniquement aiguiller les

patients vers les services de laboratoire approuvés. À compter du 30 août 2024, les pharmaciens pourront également orienter les bénéficiaires admissibles du MSP vers certains tests de laboratoire médicalement nécessaires afin d'identifier, d'évaluer et de prévenir ou de résoudre les problèmes liés aux médicaments ou aux dispositifs médicaux.

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 12 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. Au 31 mars 2025, 24 médecins avaient choisi de ne pas s'inscrire au 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'entente-cadre conclu entre le gouvernement de la C.-B., la MSC et l'Association des médecins de la C.-B. (Doctors of BC), les modifications au barème d'honoraires de la MSC, que ce soit les ajouts et les suppressions d'honoraires ou les changements qui s'y trouvent effectués, sont du fait de la MSC sur avis de Doctors of BC ou du gouvernement de la Colombie-Britannique. Au cours de l'exercice 2024–2025, 38 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 l'introduction de cinq nouveaux honoraires en urologie, cinq nouveaux honoraires en obstétrique et gynécologie, quatre nouveaux honoraires en radiologie et deux nouveaux honoraires pour les consultants spécialistes de la Colombie-Britannique.

En outre, au cours de l'exercice 2024–2025, 69 dossiers ont été traités pour des modifications d'honoraires, dont 34 concernaient les sections d'obstétrique et de gynécologie et de médecine familiale combinées.

En outre, dans le cadre du programme de surveillance du MSP, 26 examens ont abouti à la suppression du statut provisoire des droits, et trois examens ont abouti à la prolongation du statut provisoire pour permettre une surveillance plus poussée.

De plus, comme réponse à la pandémie de COVID-19 et dans le cadre de la planification de celle-ci, 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. Ces modifications sont toujours en vigueur.

Les modifications temporaires apportées aux honoraires sont les suivantes :

- 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;
- autorisation du counselling par téléphone;
- 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'un mode d'évaluation des honoraires liés aux produits thérapeutiques contre la COVID-19.

Le barème de rémunération longitudinal pour les médecins de famille

Introduit le 1er février 2023, 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 s'adresse aux médecins de famille et à leurs suppléants qui dispensent des soins de médecine familiale longitudinaux, basés sur la relation, dans une clinique, à un groupe connu de patients, conformément aux attributs d'un foyer médical pour les patients.

Le modèle de rémunération LMF s'appuie sur trois bases : le temps, les interactions avec les patients, ainsi que l'envergure et la complexité de la patientèle du médecin. Les modifications du modèle de rémunération LMF sont régies par un protocole d'entente conclu entre le gouvernement de la Colombie-Britannique, Doctors of BC et la MSC, et toute modification est mise en œuvre d'un commun accord entre ces parties. Veuillez consulter le barème de rémunération LMF pour plus de détails (en anglais seulement).

De plus, à compter du 24 juin 2024, les médecins de famille qui fournissent des services cliniques dans le cadre LMF peuvent également s'inscrire et facturer selon ce modèle de rémunération pour les services liés à la grossesse et aux nouveau-nés, aux soins de longue durée et palliatifs, ainsi qu'aux soins hospitaliers fournis en établissement.

2.3 Services équivalents à ceux d'un médecin

Des travaux sont en cours concernant la lettre d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* relative aux services équivalents à ceux d'un médecin, publiée le 10 janvier 2025, et les changements communiqués dans cette lettre n'entreront en vigueur que le 1er avril 2026.

2.4 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. Le *Medical and Health Care Services Regulation* a été modifié en 2020 pour autoriser le paiement des services de chirurgie buccale et maxillo-faciale dans le cadre d'une urgence de santé publique, et en Colombie-Britannique, une déclaration d'urgence de santé publique liée au COVID-19 a été en vigueur pendant une partie de la période de référence 2024–2025 se terminant le 26 juillet 2024.

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 Colombie-Britannique (BCDA) et le gouvernement de la Colombie-Britannique. 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 a été négociée 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 2024–2025, 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.

2.5 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 (bien que dans de nombreux cas, ces services puissent être couverts séparément par le MSP);
- 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 la Santé, 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, conformément au règlement *Emergency Health Services Regulation* en vertu de la *Emergency Health Services Act*.

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 PharmaCare, 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);
- 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 modifications temporaires ont été apportées aux frais hospitaliers 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, une modification temporaire à la politique relative aux services et aux biens hospitaliers assurés a été mise en œuvre du 21 mai 2020 au 30 avril 2025. La modification temporaire de la politique de financement des services hospitaliers liés à la COVID-19 prévoyait une suspension des frais qui ne concernait que les services et les biens hospitaliers liés à la COVID-19 pour les personnes de la Colombie-Britannique qui n'étaient pas admissibles à la couverture du MSP (par exemple, les personnes dont le statut d'immigration était précaire). Cette politique temporaire s'appliquait à tous les hôpitaux de soins actifs de la Colombie-Britannique et prévoyait que :

- les patients qui n'étaient pas admissibles au MSP n'avaient pas à payer de frais pour des traitements médicalement nécessaires liés à la COVID-19 (c.-à-d. les services et les 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 demeuraient non assurés.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'article 7 de la *Medicare Protection Act* (MPA) énonce l'exigence d'inscription au Medical Services Plan (MSP) pour les résidents de la 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.

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, 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 2025, 5 984 988 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 au MSP s'ils sont réputés être des résidents conformément à l'article 2 du *Medical and Health Care Services Regulation*, pris au titre de la MPA.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Les nouveaux résidents ou les personnes qui reviennent habiter en 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 1er 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'assurance-santé provincial ou territorial dans l'intervalle.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les articles 3, 3.1, 4 et 5 du *Medical and Health Care Services Regulation* énoncent les dispositions relatives à la transférabilité concernant les services financés par l'État pour les personnes qui s'absentent temporairement de la 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 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. Lorsqu'un bénéficiaire séjourne hors de la C.-B. plus longtemps que la période approuvée, il doit se réinscrire et respecter une période d'attente lorsqu'il se réinstalle dans la province avant d'être de nouveau couvert. 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 Colombie-Britannique.

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.

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

Les dispositions qui définissent la transférabilité de l'assurance-santé au cours des absences temporaires à l'étranger sont 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 *Medicare Protection Act* 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 la MSC.

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.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune autorisation préalable n'est requise pour les interventions médicales couvertes aux termes des ententes de facturation réciproque interprovinciales conclues avec les autres provinces et territoires. Une autorisation préalable de la MSC est requise si l'intervention n'est pas couverte aux termes de ces ententes.

Les services médicaux exclus aux termes des accords interprovinciaux pour le traitement réciproque des demandes de remboursement des frais médicaux hors province sont :

- la chirurgie esthétique;
- la chirurgie de réassignation sexuelle;
- la chirurgie visant à rétablir la fécondité;
- les examens de santé périodiques, comme l'examen 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 de la Santé (le Ministère) ou à son représentant désigné, Health Insurance BC. La décision est présentée par écrit au bénéficiaire.

Dans le cas où une demande de financement est refusée, le bénéficiaire peut demander un examen administratif du refus.

Si, après l'examen administratif, la demande de financement au titre du MSP est à nouveau refusée, le bénéficiaire peut demander une révision de la décision. Un comité de révision de la MSC s'occupe des demandes de remboursement de frais encourus à l'étranger. Le comité est

composé de trois membres : un délégué représentant le Ministère, un délégué représentant l'association 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 *Medicare Protection Act* (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 1er octobre 2018, le gouvernement de la Colombie-Britannique 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)*. 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 la procédure en maintenant la validité des dispositions contestées.

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).

La MPA exige un préavis pour les frais prévus concernant les services qui seraient considérés comme des prestations s'ils étaient fournis par un praticien inscrit au MSP. Si l'avis n'est pas fourni comme il est exigé, une personne n'est pas tenue de payer le service, sauf si celui-ci a été rendu dans une situation d'urgence, ce qui rend impossible de se conformer à l'exigence relative à l'avis.

Conformément à la définition énoncée à l'article 1 de la MPA, les bénéficiaires sont admissibles aux soins de santé publics 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* interdit de facturer aux bénéficiaires du MSP les services de laboratoire médicalement nécessaires qui sont considérés comme une prestation ou les services liés à une prestation. Cette disposition s'applique à condition que le service de laboratoire soit fourni dans un laboratoire agréé et qu'il comprenne le matériel, les consultations, les procédures, le transport ou l'utilisation d'un laboratoire ou d'un centre de prélèvement d'échantillons, ou toute autre question liée à la prestation d'un service. De plus, les articles 12 et 13 de la *Hospital Insurance Act* interdisent la surfacturation des services hospitaliers.

Si une prestation est offerte 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 habilité par l'article 6 de la MPA, qui précise qu'un tel groupe est composé d'au moins trois personnes représentant chacune l'Association des médecins de Colombie-Britannique (Doctors of BC), les bénéficiaires et le gouvernement. L'AIC est actuellement composé : (a) d'un médecin représentant les Doctors of BC; (b) d'un médecin retraité représentant le gouvernement; (c) d'un non-médecin représentant les bénéficiaires (c.-à-d. le public); et (d) d'un médecin ayant des liens avec le College of Physicians and Surgeons of BC représentant les bénéficiaires.

La MSC a délégué à l'AIC ses pouvoirs et ses responsabilités prévus par l'article 36 de la MPA (c'est-à-dire le contrôle et l'inspection des praticiens médicaux). Les pouvoirs de vérification et de contrôle de la MSC (délégués à l'AIC) comprennent le pouvoir de contrôler les cliniques en tant qu'entités juridiques, et pas seulement les médecins.

L'AIC a la responsabilité de procéder à deux types de contrôle : 1) celui des modèles de pratique, qui vise à garantir que les services facturés au MSP ont été fournis et facturés correctement; 2) celui 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 un contrôle sur place est approprié, et définit la nature et la portée de celui-ci. Il examine également les résultats du contrôle et formule des recommandations au président de la MSC en ce qui concerne toute autre mesure appropriée à prendre.

Le programme d'intégrité de la facturation au sein du ministère de la Santé (le Ministère) permet d'élaborer et d'analyser les profils des praticiens, de surveiller les tendances et d'effectuer des contrôles 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.

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 contrôle 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 contrôle entraîne la présentation d'un rapport détaillé au comité spécial concerné. Par la suite, ce comité spécial formule une recommandation au comité spécial de contrôle 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 contrôle des professionnels de la santé prenne une décision.

Le Ministère poursuit son travail de lutte contre le racisme dans les établissements de santé afin d'améliorer l'accessibilité pour tous en Colombie-Britannique. Conformément aux recommandations du rapport In Plain Sight, le Ministère apporte son soutien au Centre national de collaboration pour la santé autochtone (NCCIH) en tant que centre de référence en matière de normes, de politiques, d'outils et de pratiques exemplaires dans les domaines de la lutte contre le racisme, de la sécurité culturelle et de la prise en compte des traumatismes. Une douzaine d'outils et de ressources ont été développés pour aider les autorités et les organismes de santé à mieux comprendre et mettre en œuvre la norme de sécurité culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique, notamment : un cadre pour guider la mesure de la sécurité culturelle, une analyse environnementale des ressources et des initiatives en matière de sécurité culturelle en Colombie-Britannique, et une série d'outils (vidéos, podcasts et webinaire) pour soutenir l'apprentissage, l'autoréflexion et l'action.

La Colombie-Britannique investit également dans des solutions dirigées par les Autochtones. Présenté dans le budget 2023 avec un financement de 171,8 millions de dollars sur trois ans, le Fonds autochtone est un programme stratégique visant à donner aux communautés autochtones les moyens de concevoir, de planifier et de mettre en œuvre des modèles autonomes de soins de santé mentale et de bien-être. Le Fonds autochtone vise à mettre en place de nouveaux traitements adaptés à la culture et des services de santé mentale et de bien-être dispensés par les

communautés des Premières Nations, la Nation métisse de la Colombie-Britannique et les organisations au service des Autochtones. L'approche du programme s'aligne sur les intentions de financement flexible décrites dans A Pathway to Hope et soutient l'autodétermination des Autochtones en finançant des modèles de soins conçus et dispensés par les Autochtones. Conformément au document « In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in BC Health Care » , le Ministère, par l'intermédiaire du Fonds autochtone, s'efforce de soutenir l'action intergouvernementale et des autorités sanitaires sur la recommandation 17 visant à améliorer l'accès à des services de santé mentale, de bien-être et de lutte contre la toxicomanie adaptés à la culture, y compris la réduction des risques.

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 habitants de l'ensemble de la C.-B. 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 1er février 2023, le Ministère, en collaboration avec Doctors of BC et BC Family Doctors, a annoncé l'élaboration d'un nouveau modèle de rémunération pour les médecins de famille, le modèle de rémunération longitudinal pour les médecins de famille (LMP). Ce modèle de rémunération est accessible à tous les médecins de famille de la C.-B. qui dispensent ou souhaitent dispenser des soins primaires longitudinaux. Au 31 mars 2025, plus de 4 565 médecins de famille travaillaient activement dans le cadre du modèle de paiement LFP.
- Le 24 juin 2024, le modèle de paiement LFP a été élargi afin de permettre aux médecins de famille fournissant des services cliniques LFP de s'inscrire et de facturer également dans le cadre du modèle pour les services liés à la grossesse et aux nouveau-nés, aux soins de longue durée et palliatifs, ainsi qu'aux soins hospitaliers fournis en établissement.
  - Le modèle de rémunération LFP fait partie du MSP, et tous les médecins de famille enregistrés pour la rémunération LFP sont inscrits au MSP. Les paiements au titre du LFP sont effectués par l'intermédiaire du MSP.
- 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. Le Ministère finance divers contrats de service en appui à la prestation de services de soins primaires; par exemple, l'Alternative Payments Subsidiary Agreement (entente auxiliaire sur les autres modes de rémunération), par le biais de l'entente-cadre 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.

- Afin de soutenir les réseaux de soins primaires (RSP), le Ministère a collaboré avec Doctors of BC en vue de soutenir la mise en œuvre continue du contrat « New to Practice ». Ce contrat aide les médecins de famille à constituer un panel de patients au sein d'un cabinet de groupe et leur assure une sécurité financière pendant qu'ils développent leur pratique. Au 31 mars 2025, 374 médecins de famille exerçaient activement dans le cadre de ce programme dans toute la province.

Pour soutenir davantage les RSP, le Ministère a investi dans les domaines suivants :

- financement direct de nouveaux postes de personnel infirmier et de professionnels paramédicaux au sein des RSP (ces postes ne sont pas facturés au MSP). 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 2025, le Ministère avait mis en place 92 RSP couvrant 91 % des zones de services de santé communautaires et 95 % de la population provinciale.
- Le lancement du programme « Nurse in Primary Care Practice » permet d'intégrer le personnel infirmier à des équipes interdisciplinaires en médecine familiale et d'accroître la capacité d'une clinique de soins primaires longitudinale et ciblée à soutenir un champ d'action pleinement optimisé au sein du cadre clinique. Le ministère fournit un financement global aux cliniques participantes afin de couvrir les coûts liés aux salaires, aux avantages sociaux et aux frais généraux. Le ministère fournit un financement global aux cliniques participantes afin de couvrir les coûts liés aux salaires, aux avantages sociaux et aux frais généraux.
  - 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 mars 2025, on estimait que 15 500 patients avaient été jumelés à un professionnel.
- Des contrats de service pour les médecins de famille et les IP travaillant dans les centres de soins primaires et d'urgence (CSPU); ces cliniques fournissent une ressource flexible afin de répondre aux besoins en matière de soins primaires urgents/ponctuels, dans un contexte longitudinal, des personnes dans les collectivités de l'ensemble de la province. En mars 2025, 41 CSPU sont financés et fournissent des services en Colombie-Britannique et d'autres sont prévus. Depuis l'ouverture des premiers sites en 2018, au 31 mars 2025, les CSPU ont collectivement assuré plus de 3,4 millions de consultations et ont pris en charge environ 27 967 patients.

- Des contrats de service pour les médecins de famille et les IP travaillant dans les centres de soins primaires des Premières Nations (CSPPN) :
  - Ces cliniques font partie de l'initiative de soins de santé primaires dirigée par les Premières Nations de la province et de la FNHA, qui vise à améliorer l'accès à des soins primaires adaptés à la culture et dispensés en équipe, intégrant à la fois les approches occidentales et autochtones.
  - Elles sont destinés à être dirigés par les Premières Nations, centrés sur les connaissances, les croyances, les valeurs et les pratiques uniques des communautés des Premières Nations de toute la Colombie-Britannique et établissant des relations longitudinales, holistiques et basées sur la confiance avec les patients et leurs familles.
  - L'objectif principal est d'établir une relation holistique avec les patients des Premières Nations et leurs familles dans le cadre du cercle de soins, tout en fournissant des soins dans un environnement culturellement sûr.
  - Au 31 mars 2025, trois CSPPN sont ouvertes, huit le sont partiellement avec des offres de services initiales, et quatre sont à différents stades de planification et de mise en œuvre, avec un plan de services en cours d'examen.
  - Ce travail s'inscrit dans le cadre de plusieurs mesures en cours qui contribuent au plan d'action de la *Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act*.
- Des contrats de service pour les médecins de famille et les IP travaillant dans les centres de santé communautaires (CSC); les CSC sont des organismes de santé et de services sociaux sans but lucratif, multisectoriels, gérés par la communauté et fonctionnant en équipe qui offrent des soins primaires adaptés à la culture ainsi qu'un accès à des services de soutien social pour les populations prioritaires. En mars 2025, 12 CSC sont ouverts et desservent le public et trois autres ont été approuvés et en sont aux premières étapes de leur mise en œuvre (mais ne sont pas encore ouverts au public).

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. Le nombre d'étudiants pour devenir IP dans les établissements d'enseignement postsecondaire de la C.-B. a atteint 100 après le lancement du programme de l'Université de Thompson Rivers en 2023 (avec les premiers étudiants en mai 2023) et l'ajout de 20 places au programme de l'Université de Victoria.

Des équipes intégrées comprenant du personnel infirmier et des professionnels paramédicaux devraient être disponibles dans les RSP de toute la province d'ici 2025; date à laquelle des RSP couvriront la majeure partie des collectivités de la province.

Entre le lancement de la stratégie du gouvernement de la C.-B. en matière de soins primaires en 2018 et mars 2025, 732 861 personnes ont été prises en charge par un prestataire de soins primaires. La hausse du nombre de patients pris en charge témoigne de la mise en œuvre graduelle des RSP, de l'introduction du système provincial de prise en charge (qui comprend le registre Health Connect) et de la mise en place de plusieurs modèles de soin dans l'ensemble de la C.-B. En mars 2025, 75,2 % des Britanno-Colombiens étaient rattachés à un prestataire de soins primaires (médecin de famille ou IP).

En ce qui concerne les modèles de capitation mixtes tels que le financement fondé sur la population, en 2024–2025, le Ministère a financé huit 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 services complets pour les soins longitudinaux prodigués à une population de patients inscrits. La rémunération est calculée 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 également soutenu la rémunération selon les modèles de capitation mixte aux médecins généralistes offrant des soins longitudinaux sous la forme de rémunération pour la pratique familiale longitudinale communautaire. Ce mode de rémunération constitue un complément à la rémunération à l'acte et est ajusté en fonction de la taille et de la complexité de la patientèle.

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. En mars 2025, 374 nouveaux médecins généralistes s'étaient engagés à fournir des soins longitudinaux dans le cadre du programme.

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 C.-B. 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 financé de nouveaux programmes de soins virtuels centrés sur les patients. Le service de santé virtuel HealthLink BC 8-1-1 existant a été élargi pour offrir aux patients des services médicaux virtuels, en plus des services fournis par le personnel infirmier, les diététiciens, les professionnels qualifiés, les pharmaciens et les navigateurs des services de santé.

Deux nouveaux services administrés par la Régie de la santé des Premières Nations (FNHA), 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).

Infrastructure et planification des immobilisations

La C.-B. poursuit ses investissements stratégiques dans les infrastructures du secteur de la santé. À la suite des élections provinciales de l'automne 2024, la Colombie-Britannique a annoncé la création d'un nouveau ministère de l'Infrastructure. Les plans d'investissement du ministère de la Santé, du ministère de l'Éducation et de la Garde d'enfants et du ministère de l'Enseignement postsecondaire et des Compétences futures ont été transférés au ministère de l'Infrastructure. Le ministère de l'Infrastructure travaille avec le ministère et les autorités sanitaires pour investir chaque année dans le renouvellement et la prolongation de la durée de vie des établissements de santé existants, des équipements médicaux et diagnostiques et des technologies de gestion

de l'information dans de nombreux établissements de santé de la Colombie-Britannique. Le ministère de l'Infrastructure maintient un plan d'investissement à long terme afin de garantir que les infrastructures de santé sont entretenues et renouvelées dans les délais prévus pour leur cycle de vie.

5.2 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 1er 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 entente-cadre 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 en vertu de la MPA pour les services médicaux publics 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 Colombie-Britannique (BCDA) 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 C.-B. et la BCDA collaborent par l'entremise d'un comité de liaison. L'entente triennale précédente a expiré le 31 mars 2022 et une nouvelle entente est en vigueur jusqu'au 31 mars 2025.

La rémunération des médecins pour les services médicaux fournis en Colombie-Britannique est assurée de quatre façons : les praticiens individuels qui soumettent des demandes de remboursement au MSP selon le modèle de facturation à l'acte ou le modèle de rémunération LMF, les praticiens individuels ou groupes de médecins qui offrent des services aux patients selon un contrat conclu avec le Ministère, les autorités de la santé qui font appel à des médecins pour fournir des services aux patients ainsi que les autorités de la santé ou 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.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Les fonds destinés aux services hospitaliers financés par l'État sont compris dans l'allocation annuelle de fonds aux autorités de la santé 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. 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 la Santé 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.

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.

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 l'Autorité sanitaire des Premières Nations. Le financement appuyant les services et les programmes de soins de santé de la nation de Nisga'a est fourni à l'autorité de la santé de la vallée des Nisga'a aux termes de l'Accord de financement transitoire de 1999 du Conseil de santé de la vallée des Nisga'a.

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 2024–2025, ces documents comprennent :

- le budget des dépenses pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2025 (document PDF en anglais seulement);
- le budget et le plan financier de 2024–2025 à 2026–2027 (document PDF en anglais seulement);
- les comptes publics de 2024–2025 (document PDF en anglais seulement).

PERSONNES INSCRITES

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
1. Nombre en date du 31 mars	5 249 794	5 328 995	5 522 934	5 847 035	5 984 988

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Établissements publics	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
2. Nombre[1]	120	120	120	119	118
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)[2]	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	3 585	3 425	3 937	8 169	4 167
7. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	36 666 159	48 688 770	43 777 017	70 438 677	42 901 285
8. Nombre total de demandes, patients externes	57 362	64 475	70 355	73 684	67 555
9. Total des paiements, patients externes ($)	20 948 446	22 212 580	25 664 874	27 840 227	30 162 580

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pre-approved	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés pré-approuvés (#)	24	44	21	16	18
11. Total des paiements, patients hospitalisés pré-approuvés ($)	5 990 716	5 010 804	2 781 497	7 637 181	1 925 532
12. Nombre total de demandes, patients externes pré-approuvés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
13. Total des paiements, patients externes pré-approuvés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Non pre-approved	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés (#)	243	377	690	791	834
15. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	88 198	92 813	192 518	231 831	253 363
16. Nombre total de demandes, patients externes (#)	468	436	764	225	244
17. Total des paiements, patients externes ($)	2 963 462	5 181 957	8 015 311	5 079 548	5 349 428

[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 17 milliards de dollars en 2020–2021, 18 milliards de dollars en 2021–2022 et 19 milliards de dollars en 2022–2023, et 21,5 milliards de dollars en 2023–2024 and $24,1 milliards de dollars en 2024–2025.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
18. Nombre de médecins participants[3]	11 961	12 417	12 683	12 983	13 385
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	35	32	28	27	24
20. Nombre de médecins non participants	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte ($)	3 617 937 320	3 893 740 877	4 053 700 161	4 574 894 758	4 788 305 523

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
23. Nombre de services	536 635	660 934	730 899	710 397	727 093
24. Total des paiements ($)	25 403 048	30 670 262	33 907 947	36 006 152	37 594 957

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
25. Nombre de services pré-approuvés	416	683	629	538	641
26. Total des paiements pré-approuvés ($)	1 645 796	1 036 726	1 297 687	1 159 098	1 261 463
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
27. Nombre de services non pré-approuvés	4 403	8 118	15 320	16 101	17 343
28. Total des paiements non pré-approuvés ($)	213 056	413 701	693 496	761 816	857 208

SERVICES ÉQUIVALENTS À CEUX D'UN MÉDECIN

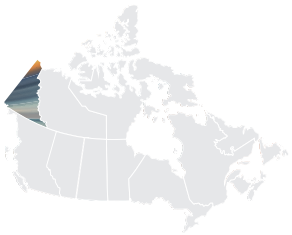
	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
29. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps plein dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
30. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps partiel dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
31. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant en dehors du système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

[3] Le nombre de médecins participants au point no 18 concerne les médecins ayant été rémunérés à l'acte.

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
32. Nombre de dentistes participants	193	204	199	196	199
33. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
34. Nombre de dentistes non participants	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
35. Nombre de services fournis	59 048	65 386	66 926	72 522	75 684
36. Total des paiements ($)	9 302 887	10 036 091	11 262 347	12 644 463	13 660 093

YUKON



Le gouvernement du Yukon s'engage à fournir une couverture santé équitable, accessible et médicalement nécessaire à tous les Yukonnais en soutenant une approche centrée sur les personnes en matière de santé et de bien-être. Il s'engage à garantir que chaque résident bénéficie des services hospitaliers, médicaux et pharmaceutiques dont il a besoin pour mener une vie heureuse et digne. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales (SAS) et son ministre sont responsables de la prestation des services de soins de santé assurés.

SAS poursuit la mise en œuvre des recommandations du rapport La population d'abord 2020, élaboré par un groupe d'experts indépendants à la suite d'un examen complet des services de santé et sociaux au Yukon.

Dans le cadre de ces travaux, le Programme dentaire du Yukon a été mis en œuvre en 2023, offrant jusqu'à 1 300 dollars par an en soins dentaires aux personnes admissibles qui gagnent moins qu'un niveau de revenu établi et n'ont pas d'autre couverture d'assurance dentaire.

En octobre 2024, SAS a élargi sa couverture médicale pour les voyages afin d'inclure les traitements de fertilité. Le gouvernement du Yukon a introduit un crédit d'impôt remboursable équivalant à 40 % des frais admissibles liés à la fertilité et à la maternité de substitution, jusqu'à concurrence de 10 000 dollars par an, sans limite d'utilisation à vie. Le crédit s'applique aux dépenses engagées au cours des années civiles 2024 et 2025 et peut être demandé dans la déclaration de revenus 2025 de chaque personne, déposée en 2026.

En mars 2025, le gouvernement du Yukon a signé une entente sur l'assurance-médicaments avec le gouvernement du Canada. Cette entente permettra aux Yukonnais de bénéficier d'une couverture pour les médicaments contre le diabète et les contraceptifs à compter de mars 2026.

En mars 2025, le gouvernement du Yukon a signé une entente concernant la Stratégie nationale visant les médicaments pour le traitement des maladies rares avec le gouvernement du Canada, qui prévoit la couverture des médicaments pour les maladies rares à compter d'octobre 2025.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les Services de santé assurés (SSA) garantissent la prestation des services de soins de santé prévus dans la *Loi sur l'assurance-santé* (LAS) et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* (LAH). Outre les services médicaux et hospitaliers assurés, les SSA gèrent également les déplacements pour traitement médical en vertu de la *Loi sur les frais de déplacement liés à des soins médicaux*, le Programme yukonnais de soins dentaires et une série de prestations complémentaires en vertu de la *Loi sur la santé*.

Le gouvernement du Yukon offre la prestation de services de santé assurées en vertu de la LAS et de la LAH. Les articles 1 à 8 de la LAS et les articles 1 à 9 de la LAH permettent la prestation de services de santé assurés par le biais du Regime d'assurance-santé du Yukon. Aucune modification n'a été apportée à la LAS ou à la LAH au cours de l'exercice 2024–2025.

Le paragraphe 3(2) et l'article 4 de la LAS établissent l'autorité publique chargée de gérer le régime d'assurance-santé. Le paragraphe 3(1) et l'article 5 de la LAH établissent l'autorité publique chargée de gérer le régime d'assurance-hospitalisation.

La LAS et la LAH sont toutes deux administrées par le directeur des services de santé assurés (le directeur). En vertu de la LAH, le directeur est nommé par décret et, en vertu de la LAS, il est désigné par le ministre. Sous réserve des dispositions de l'article 5 de la LAS et de l'article 6 de la LAH, 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 en vertu de la Loi.

Sous réserve de la LAH, 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.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales est responsable devant l'Assemblée législative et le gouvernement du Yukon par l'entremise du ministre.

L'article 6 de la LAS et l'article 7 de la LAH 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 2024.

1.3 Vérification des comptes

Les services fournis dans le cadre de la LAS et de la LAH du Yukon font l'objet d'un 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.

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.

Dans le cadre de l'article 5 de la LAH, un administrateur de l'assurance-santé du Yukon (l'administrateur) est nommé par le commissaire au Conseil exécutif pour administrer les services prévus par la LAH et superviser le personnel chargé d'administrer les services conformément à celle-ci.

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.

Les infirmières communautaires fournissent des soins de santé primaires et publics dans 14 centres de santé répartis sur tout le territoire. Elles offrent une large gamme de services, notamment des soins de santé primaires, la promotion de la santé, la prévention des maladies et divers programmes de santé. Elles travaillent dans un champ d'activité élargi, fournissant des soins et un soutien complets aux individus, aux familles et aux communautés.

En 2024–2025, 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.

En février 2024, des modifications ont été apportées au *Règlement sur les services d'assurance-hospitalisation* qui ont ajouté deux nouveaux emplacements hospitaliers contractuels à Whitehorse, Thomson Centre et Whistle Bend Place, qui pourraient être utilisés pour la prestation de services hospitaliers assurés. Aucun service hospitalier assuré n'a été fourni dans ces deux établissements au cours de l'exercice 2024–2025.

Conformément aux paragraphes 2e) et 2f) du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation*, tous les services hospitaliers et ambulatoires fournis dans un hôpital agréé par le personnel hospitalier sont des services assurés. Les soins infirmiers standard, les produits pharmaceutiques, les fournitures, les services de diagnostic et les services chirurgicaux sont fournis. Tous les services énumérés dans la *Loi canadienne sur la santé* sont considérés comme des services assurés au Yukon.

Le paragraphe 2e) définit les « services assurés aux patients hospitalisés » comme tous les services suivants fournis aux patients hospitalisés :

- l'hébergement et les repas en salle commune ou au niveau de service normal;
- les services infirmiers essentiels;

- les examens de laboratoire, radiographies et épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation nécessaire de leurs résultats dans le but de maintenir la santé, de prévenir la maladie ou de faciliter le diagnostic et le traitement d'un traumatisme, d'une maladie ou d'un handicap;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du Règlement, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital;
- l'usage de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes;
- les fournitures chirurgicales courantes;
- l'usage des installations de radiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles;
- l'usage des installations de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles;
- les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire.

La définition de « services assurés aux patients externes » au paragraphe 2f) du même Règlement inclut les services fournis aux patients externes pour le diagnostic ou le traitement d'urgence dans les 24 heures suivant un accident (laquelle période peut être prolongée par l'administrateur lorsque le service n'a pu être obtenu dans les 24 heures suivant l'accident), à savoir :

- les services infirmiers essentiels;
- les examens de laboratoire, radiographies et autres épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de faciliter le diagnostic et de soigner un traumatisme;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital;
- l'usage de la salle d'opération et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes;
- les fournitures chirurgicales habituelles;
- l'usage des installations de radiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles;
- l'usage des installations de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles.

Aucun nouveau service hospitalier ou ambulatoire assuré n'a été ajouté en 2024–2025. Tout nouveau programme ou toute amélioration ayant des répercussions financières importantes ou entraînant une réduction des services ou des programmes doit être approuvé au préalable par le ministre. Ce processus est géré par le directeur des Services de santé assurés. La population peut faire valoir son point de vue sur les changements apportés aux niveaux de service par l'intermédiaire des membres du conseil d'administration de l'hôpital.

Tous les services de diagnostic disponibles au Yukon sont fournis par les hôpitaux, y compris l'imagerie par résonance magnétique et la tomodensitométrie. 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, généralement en Colombie-Britannique ou en Alberta.

2.2 Services médicaux assurés

Au Yukon, les services médicaux assurés sont définis comme les services médicalement nécessaires fournis par un médecin. Les articles 1 à 8 de la *Loi sur l'assurance-santé* (LAS) et le *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* prévoient la prestation de services médicaux assurés. Aucune modification n'a été apportée aux articles susmentionnés de la loi ou au *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* au cours de l'exercice 2024–2025.

La LAS couvre les médecins qui fournissent des services médicalement nécessaires. Les articles 5 à 12 du règlement d'application de la LAS prévoient qu'un médecin peut choisir de percevoir ses honoraires au titre du régime pour les services de santé assurés qu'il fournit à des personnes assurées autrement que par le régime, sans perte d'avantages pour les personnes assurées, en notifiant par écrit sa décision à la direction. Les médecins du Yukon doivent :

- s'inscrire au registre médical pour obtenir leur permis d'exercer conformément à la *Loi sur les professions de la santé*;
- conserver leur permis d'exercer conformément à la *Loi sur les professions de la santé*.

En 2024–2025, le Yukon comptait 274 médecins participants en vertu de la LAS. 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 2024–2025, aucun médecin exerçant sur le territoire ne fournissaient de services en dehors du régime.

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 2024–2025, 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 nouvel honoraire ou de modification d'un honoraire existant dans la Grille tarifaire du Yukon est soutenu par une structure de comités. Ce processus exige que les médecins soumettent leurs demandes par écrit au directeur et au comité de liaison sur les honoraires de l'Association médicale du Yukon. Après examen, le comité fait une recommandation au gouvernement du Yukon et des processus décisionnels internes sont utilisés pour approuver ou reporter les nouvelles demandes. Les honoraires sont normalement fixés

en fonction des honoraires 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 des honoraires applicables. Aucune consultation publique n'est nécessaire. De nouveaux honoraires peuvent également être instaurés à la suite de négociations entre l'Association médicale du Yukon et le ministère de la Santé et des Affaires sociales.

Au Yukon, les services médicaux assurés englobent les services médicalement nécessaires fournis par un médecin, que ce soit en personne ou par le biais de soins virtuels, conformément aux normes de soins pour la télémédecine (soins virtuels) établies par le Conseil médical du Yukon.

Aucun nouveau service médical assuré n'a été ajouté en 2024–2025.

2.3 Services équivalents à ceux d'un médecin

Les praticiens non médecins qui fournissent des services équivalents à ceux d'un médecin dans le cadre de leur champ d'exercice au Yukon comprennent les infirmières et infirmiers praticiens, les pharmaciens et les sages-femmes.

Il existe un mélange d'employés sous contrat, employés par le gouvernement ou facturant directement au Régime d'assurance-santé.

En septembre 2025, 15 infirmières et infirmiers praticiens étaient employés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Yukon dont neuf occupent des postes permanents à temps plein, deux sont à temps partiel et quatre sont auxiliaires sur appel. Il n'existe actuellement aucun moyen d'obtenir le nombre d'infirmières et infirmiers praticiens employées par exercice ou travaillant en dehors du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Il n'existe actuellement aucun moyen systématique de déterminer le nombre d'infirmières et d'infirmiers praticiens travaillant en dehors du système de santé public.

La majorité des infirmières et infirmiers praticiens du Yukon travaillent dans des cliniques de soins primaires financées par le gouvernement (p. ex. cliniques sans rendez-vous, cliniques de santé sexuelle).

À l'heure actuelle, aucune mesure législative ou autre n'est en place pour limiter la capacité des infirmières et infirmiers praticiens qui fournissent des services dans les systèmes publics à facturer les patients dans le système privé.

2.4 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes qui fournissent des services de chirurgie dentaire assurés en vertu de la LAS doivent être agréés conformément à la *Loi sur les professions dentaires* et facturer conformément à la LAS. Les dentistes qui fournissent des services aux Yukonnais à l'extérieur du territoire facturent également conformément à la LAS.

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 2024–2025, aucun dentiste n'a fourni de services de chirurgie dentaire assurés aux termes de la LAS. Aucun nouveau service de chirurgie dentaire assuré n'a été ajouté en 2024–2025.

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.

2.5 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Seuls les services prescrits et fournis en vertu de la LAS et de la LAH et de leur Règlement réciproque 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 de la LAS 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 en vertu de la LAS est le suivant :

- **Services médicaux :** Le directeur et le comité conjoint de liaison de l'Association médicale du Yukon sont chargés d'examiner 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. Aucun service médical n'a été désassuré au cours de l'exercice 2024–2025.
- **Services hospitaliers :** Les paragraphes 2e) et 2f) du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* du Yukon doivent être modifiés par décret. En date du 31 mars 2025, 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 2024–2025.

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* (LAS), et aux articles 4, 5 et 6 de son Règlement, ainsi qu'à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* (LAH) et aux articles 2 à 7 de son Règlement. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2024–2025.

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*. Aux termes du paragraphe 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 2025, 47 275 personnes étaient inscrites en vertu du Régime d'assurance-santé du Yukon.

3.2 Autres catégories de personnes

D'autres catégories de personnes sont couvertes en vertu de la LAS du Yukon, y compris les :

- **enfants de résidents du Yukon nés à l'extérieur du Canada :** aucune période d'attente ne s'applique si une autorisation est accordée;
- **citoyens canadiens de retour au pays :** une période d'attente s'applique;
- **résidents permanents :** une période d'attente s'applique;
- **détenteurs de permis de travail :** 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;
- **statut de réfugié :** peut être admissible à la couverture.

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 en vertu de la LAS.

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) du *Règlement sur le Régime d'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 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 2024–2025, 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 les Services de santé assurés (SSA) du Yukon 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 1er février 2001. Les définitions dans les règlements, les politiques et les procédures sont uniformisées.

Le Yukon participe pleinement aux ententes interprovinciales de facturation réciproque des services médicaux et aux ententes de facturation réciproque des services hospitaliers conclues avec toutes les autres provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec. Les personnes qui reçoivent des services médicaux ou hospitaliers au Québec peuvent être tenues de payer

directement et de présenter des demandes de remboursement aux SSA, conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* (LAS). Les personnes qui reçoivent des services hospitaliers au Québec peuvent présenter une carte santé valide et recevoir des services qui sont facturés réciproquement au Yukon au nom du patient, conformément à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*.

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 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 pendant des absences temporaires à l'étranger. En 2024–2025, 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 contacter L'assurance-santé du Yukon et remplir un formulaire « d'absence temporaire », sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé durant des absences à l'étranger d'étudiants, de travailleurs temporaires et de missionnaires sont les mêmes que celles qui sont en vigueur pour les absences au Canada (voir la section 4.2 du présent rapport).

Les services médicaux assurés fournis à l'étranger aux résidents admissibles du Yukon durant une absence temporaire à l'étranger sont remboursés aux tarifs prévus pour ces services lorsqu'ils sont fournis au Yukon. Le remboursement est effectué à la personne assurée ou directement au fournisseur du service assuré conformément à la LAS.

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 2024–2025, le tarif d'hospitalisation a été établi à 2 078 $ par jour à l'hôpital général de Whitehorse. Le tarif de l'USI de l'Hôpital général de Whitehorse était de 8 319 $. 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

Il n'y a pas de frais d'utilisation ni de frais modérateurs en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* (LAS). Tous les services sont offerts selon des modalités uniformes sans obstacle financier ou autre obstacle à l'accès. Aucun service assuré en vertu de la LAS ne fait l'objet d'une surfacturation au Yukon.

En 2024–2025, 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. Le Yukon n'a conclu à l'heure actuelle aucun contrat avec un prestataire de services de santé virtuels.

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.

Il n'y a pas d'équipes interdisciplinaires dirigées par des infirmières et infirmiers praticiens au Yukon. Cependant, il existe des cliniques de soins de santé multidisciplinaires où la plupart des soins sont dispensés par ceux-ci.

5.2 Rémunération des médecins

Le remboursement des médecins qui fournissent des services assurés repose sur un mélange de modèles de rémunération à l'acte, de modèles mixtes et de contrats. Les modalités de paiement mixtes sont principalement utilisées pour les services spécialisés à Whitehorse ainsi que pour les services médicaux dans les communautés rurales.

La LAS et le *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* du Yukon régissent le paiement des services médicaux et dentaires assurés.

Le Régime d'assurance-santé du Yukon a mis en place des processus pour s'assurer que la rémunération des médecins pour les services assurés est exacte et appropriée. Les vérificateurs autorisés peuvent examiner les dossiers des médecins, les informations de facturation et les pièces justificatives afin de vérifier les demandes de remboursement. Si des irrégularités sont constatées, les vérificateurs ont le pouvoir d'enquêter plus avant. Ces mesures contribuent à garantir la transparence, la responsabilité et l'utilisation appropriée des fonds publics. Si une vérification ou une inspection révèle une irrégularité, la situation peut donner lieu à un recouvrement des fonds ou à des mesures correctives.

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 SAS. 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 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 2024–2025, 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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
1. Nombre en date du 31 mars	42 026	42 711	43 742	45 621	47 275

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Établissements publics[1]	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
2. Nombre	14	14	14	14	14
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	89 796 881	95 644 777	113 289 492	142 991 220	150 734 205
Établissements privés à but lucratif	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	0	0	0	0	0

[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.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE[2]

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	1 065	1 224	1 351	1 436	1 545
7. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	19 934 836	25 467 763	27 207 684	34 861 323	40 638 029
8. Nombre total de demandes, patients externes	13 431	14 418	16 926	20 302	19 404
9. Total des paiements, patients externes ($)	4 776 172	5 508 352	6 744 390	8 913 500	10 649 155

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA[3]

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés pré-approuvés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Total des paiements, patients hospitalisés pré-approuvés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
12. Nombre total de demandes, patients externes pré-approuvés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
13. Total des paiements, patients externes pré-approuvés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés (#)	< 5	< 5	8	12	5
15. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	3 990	1 060	17 445	23 762	134 581
16. Nombre total de demandes, patients externes (#)	18	14	31	24	13
17. Total des paiements, patients externes ($)	30 659	8 225	21 221	8 841	11 166

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
18. Nombre de médecins participants[4]	175	219	237	230	274
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 ($)	38 496 056	41 395 637	44 853 716	48 952 515	52 028 051
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte ($)	26 822 341	28 482 286	30 894 117	33 617 033	32 462 132

[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.

[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] 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. Le nombre de médecins pour l'exercice 2023–2024 a été ajusté de 293 à 230 en raison de différences dans la méthode utilisée pour obtenir ce décompte.

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
23. Nombre de services	35 635	59 597	62 401	51 516	61 917
24. Total des paiements ($)	2 898 923	5 074 612	5 006 904	4 746 466	5 807 391

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
25. Nombre de services pré-approuvés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
26. Total des paiements pré-approuvés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
27. Nombre de services non pré-approuvés	non disponible	non disponible	non disponible	<5	0
28. Total des paiements non pré-approuvés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	252	0

SERVICES ÉQUIVALENTS À CEUX D'UN MÉDECIN[5]

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
29. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps plein dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	9
30. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps partiel dans le système public[6]	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	6
31. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant en dehors du système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE[7]

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
32. Nombre de dentistes participants	0	0	0	0	0
33. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
34. Nombre de dentistes non participants	0	0	0	0	0
35. Nombre de services fournis	0	0	0	0	0
36. Total des paiements ($)	0	0	0	0	0

[5] Aucun service de chirurgie dentaire assuré au Yukon.

[6] Il y a actuellement 14 IP employés par les Services de santé et des services sociaux du gouvernement du Yukon. En dehors des employés du gouvernement, il n'existe actuellement aucun moyen de suivre les statistiques relatives aux IP au Yukon.

[7] Les 6 IP à temps partiel comprennent 4 à temps partiel et 2 de garde.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère) est chargé 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 en place des programmes et des services approuvés; de fixer et superviser les budgets et les dépenses du système; de surveiller et d'évaluer les programmes et les services; et de rendre compte des performances et des résultats du système. 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 autorités responsables des services sociaux et de santé sont des organismes du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. L'Agence des services communautaires Tłı̨chǫ (TCSA) est dirigée par un conseil d'administration. L'Autorité des services sociaux et de santé des Territoires du Nord-Ouest (NTHSSA) et l'Autorité des services sociaux et de santé de Hay River (HRHSSA) sont actuellement toutes deux dirigées par des administrateurs publics. L'administrateur public de la NTHSSA a été nommé le 16 décembre 2024. Les conseils régionaux du mieux-être qui participaient auparavant au conseil d'administration territorial chargé de régir les affaires de la NTHSSA continuent de fournir des conseils précieux à l'administrateur public en fonction des besoins et des priorités des résidents de leur région. Les administrateurs publics et le conseil d'administration sont responsables devant le ministre de la Santé et des Services sociaux de la gouvernance, de la gestion et du leadership décisif en matière de services de santé et de services sociaux, conformément 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 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 conseil d'administration de l'Agence de services

communautaires Tłı̨chǫ créé en vertu de la *Loi sur l'Agence de services communautaires Tłı̨chǫ* est réputé être un conseil de gestion. Les conseils de gestion supervisent l'administration du régime d'assurance hospitalisation par l'intermédiaire des autorités, dont les rôles et responsabilités en vertu de leur mandat législatif sont les suivants :

- fournir des services de santé, des services sociaux et des activités de promotion de la santé et du mieux-être au sein de leur Administration ou conseils régionaux respectifs;
- gérer, diriger et exploiter chaque établissement de santé et de services sociaux dont l'Administration ou le conseil est responsable;
- gérer les ressources financières, humaines ou autres nécessaires à l'exercice des fonctions de l'Administration ou du conseil.

Aucune modification n'a été apportée en 2024–2025 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 NordOuest, l'Administration des services de santé et des services sociaux de Hay River et l'Agence de services communautaires Tłı̨chǫ.

Gouvernance avant le 16 décembre 2024

Conformément à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*, le ministre nomme le président du Conseil de direction 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 peuvent exercer leurs fonctions pendant trois ans et être renommés pour un autre mandat. Jusqu'au 16 décembre 2024, le Conseil de direction était actif et remplissait son rôle de gouvernance aux côtés des conseils régionaux de bien-être.

Gouvernance après le 16 décembre 2024

Le 16 décembre 2024, le ministre de la Santé et des Services sociaux a nommé un administrateur public pour le Conseil territorial de gestion. Avec cette nomination, le Conseil de direction a cessé de fonctionner. Pendant le mandat de l'administrateur public, les six conseils régionaux du mieux-être, composés chacun d'un président et de six membres, continuent de fournir des conseils à l'administrateur public, qui est responsable devant le ministre. En 2024–2025, l'Autorité de la santé et des services sociaux de Hay River était également dirigée par un administrateur public plutôt que par un conseil.

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 l'opérationnalisation 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.[1].

L'Agence de services communautaires Tłı̨chǫ a été établie en vertu de la *Loi sur l'Agence de services communautaires Tłı̨chǫ* dans le cadre de l'*Accord sur les revendications territoriales et l'autonomie gouvernementale du peuple Tłı̨chǫ*. La *Loi sur l'Agence de services communautaires Tłı̨chǫ*, qui est appliquée par le ministre de l'Exécutif et des Affaires autochtones, stipule que l'Agence de services communautaires Tłı̨chǫ 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 Tłı̨chǫ 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*.

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.

[1] Le rapport 2023–2024 est disponible ici : nthssa_-_annual_report_-_2023-24_-_final_-_web.pdf

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 2023–2024 et a pris fin le 15 novembre 2023à4. Le document Comptes publics 2023–2024 du gouvernement des T.N.-O. a été publié en novembre 2024.

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 2024–2025.

Durant la période couverte par le rapport, les services hospitaliers assurés étaient fournis aux patients hospitalisés et externes par 24 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, orthophonie, ergothérapie et audiologie;
- 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 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 2024–2025, 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 communauté[2]. 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.

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 au Règlement sur les médecins en vertu de la *Loi sur les médecins* sont entrées en vigueur le 1er novembre 2023 afin d'adopter le Code d'éthique et de professionnalisme de l'Association médicale canadienne et les normes de pratique propres aux T.N.-O. Une nouvelle Loi sur la profession infirmière est entrée en vigueur le 1er novembre 2023 (remplaçant la loi précédente) afin d'établir un cadre réglementaire unique pour toutes les infirmières et infirmiers des Territoires du Nord-Ouest, d'établir de nouvelles désignations infirmières et de mettre à jour le processus de traitement des plaintes et de discipline. Les travaux visant le passage de la réglementation des sages-femmes de la *Loi sur la profession de sage-femme* à des règlements propres à la profession en vertu de la *Loi sur les professions de la santé et des services sociaux*, y compris la modernisation du cadre réglementaire, ont progressé en 2024–2025.

[2] 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.

Pour la période de 2024–2025, il y avait 363 médecins actifs (médecins résidents, médecins suppléants et médecins itinérants) 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 obstétriques, 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 2024–2025, 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 guide.

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 2024–2025 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 2024–2025, 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 2024–2025 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 2025, il y avait 42 933 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 interprovincial 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 2024–2025 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 52,8 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 2024–2025 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, Réfugiés et Citoyenneté 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

Les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) permettent 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*[3].

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 2024–2025.

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 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 OTO
Téléphone : 1-800-661-0830 ou 1-867-678-8050
Télécopieur : 1-867-777-3197

[3] Les détails de la politique de déplacement à des fins médicales se trouvent ici : 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.

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 2023–2024 Section I : États financiers consolidés du gouvernement des T.N.-O. (publié en novembre 2024) et Budget principal des dépenses du gouvernement des T.N.-O. 2025–2026 (publié en février 2025).

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
1. Nombre en date du 31 mars	43 211	43 902	41 131	41 917	42 933

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Public Facilities	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
2. Nombre	23	23	23	24	24
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)[1]	107 379 830	108 887 913	113 092 978	130 136 474	128 816 385
Private For-Profit Facilities	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	1 215	1 422	1 429	1 696	1 350
7. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	21 005 854	23 539 221	26 701 796	36 610 771	31 102 137
8. Nombre total de demandes, patients externes	11 512	13 011	15 482	19 467	19 019
9. Total des paiements, patients externes ($)	5 214 017	5 916 399	7 466 578	10 299 428	12 023 860

[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 À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés pré-approuvés (#)	0	0	0	0	0
11. Total des paiements, patients hospitalisés pré-approuvés ($)	0	0	0	0	0
12. Nombre total de demandes, patients externes pré-approuvés (#)	0	8	0	0	0
13. Total des paiements, patients externes pré-approuvés ($)	0	12 329	0	0	0
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés (#)	2	3	3	4	2
15. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	38 039	9 557	237 272	13 092	20 664
16. Nombre total de demandes, patients externes (#)	1	2	9	18	11
17. Total des paiements, patients externes ($)	359	2 873	4 985	23 889	17 061

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
18. Nombre de médecins participants[2]	390	439	373	326	363
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 ($)[3]	69 731 726	69 149 635	79 766 508	78 178 001	82 021 920
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte ($)	1 791 787	1 998 842	1 960 858	1 858 886	2 273 317

[2] Estimation basée sur le nombre total de médecins actifs pour chaque exercice.

[3] 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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
23. Nombre de services	52 523	59 097	60 896	86 801	83 479
24. Total des paiements ($)	6 586 069	7 209 591	8 412 264	9 909 357	9 433 034

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
25. Nombre de services pré-approuvés	0	0	0	0	0
26. Total des paiements pré-approuvés ($)	0	0	0	0	0
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
27. Nombre de services non pré-approuvés	2	13	20	21	14
28. Total des paiements non pré-approuvés ($)	580	5 764	12 108	4 782	1 265

SERVICES ÉQUIVALENTS À CEUX D'UN MÉDECIN

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
29. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps plein dans le système public	22	18	18	22	16
30. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps partiel dans le système public	0	0	1	1	4
31. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant en dehors du système public	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
32. Nombre de dentistes participants	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
33. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
34. Nombre de dentistes non participants	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
35. Nombre de services fournis	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
36. Total des paiements ($)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

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 41 572 personnes, environ le tiers a moins de 15 ans[1,2]. 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 2024–2025, le budget territorial de fonctionnement et d'entretien du Ministère s'élevait à 537 408 000 $, incluant les crédits supplémentaires[3]. 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 2024–2025, un montant total de 21 720 000 $ a été alloué au Ministère pour des projets d'immobilisations[4]. Les projets d'immobilisations du Ministère pour 2024–2025 comprennent la construction d'établissements de soins de longue durée et du nouveau Centre de rétablissement du Nunavut (Aqqusariaq) à Iqaluit.

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.

1 www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000901&request_locale=fr

2 www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm?DGUID=2021A000011124

3 Crédits supplémentaires (fonctionnement et entretien), no 1, 2024–2025. 2024-10/O_M_Supp__1_2024-25_-_English.pdf (en anglais seulement).

4 Budget d'immobilisations de 2024–2025, Ministère des Finances. master_english_2024-25_capital_estimates_2.pdf (en anglais seulement).

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 2024–2025 sur le fonctionnement du régime d'assurance-maladie (document PDF) (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 en novembre 2024 pour l'exercice 2023–2024. Le rapport du vérificateur indépendant à l'Assemblée législative du Nunavut est disponible à la page 18 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 2024–2025.

En 2023–2024, 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);
- 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 soins primaires, y compris 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 2023–2024.

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 2024–2025. La *Loi sur les professions infirmières* permet aux infirmières et infirmiers praticiens d'obtenir un permis d'exercice au Nunavut, leur permettant ainsi de fournir des services assurés dans le territoire. La nouvelle *Loi sur les professions infirmières* est entrée en vigueur le 5 décembre 2023.

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 2024–2025, les médecins de famille ont fourni plus de 12 317 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, quatre postes de pédiatres et 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 2023–2024, 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 2024–2025, 179 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 non disponibles dans le territoire.

Une liste des catégories de services assurés courants conformément au *Règlement sur l'assurance-maladie* du Nunavut est présentée ci-après. 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.

- allergie;
- anesthésiologie;
- cardiologie;
- chirurgie cardiothoracique et vasculaire;
- dermatologie;
- omnipraticien;
- gynécologie;
- chirurgie générale;
- médecine interne;
- neurologie;
- obstétrique;
- oncologie;
- ophtalmologie;
- oto-rhino-laryngologie;
- orthopédie;
- pédiatrie;
- chirurgie plastique (et non esthétique);
- psychiatrie;
- radiologie;
- pneumologie;
- rhumatologie;
- chirurgies liées à la transidentité;
- 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 2024–2025, aucun service médical assuré n'a été ajouté ni retiré.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Un dentiste qui fournit des services de chirurgie dentaire assurés aux termes du Régime d'assurance-santé du Nunavut doit détenir une licence d'exercice, conformément à la *Loi sur les professions dentaires* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut à l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999). Il reçoit un numéro de facturation qui lui permettra de facturer au Régime les services dentaires assurés qu'il a fournis.

Les services dentaires assurés se limitent aux interventions de chirurgie dentaire prévues dans le Règlement sur les professions dentaires, 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 2024–2025.

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 pour les personnes âgées de 11 à 64 ans (les examens physiques pour les personnes âgées de moins de 10 ans ou de 65 ans et plus sont assurés);
- 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 2024–2025, à l'Hôpital général Qikiqtani, le tarif journalier de séjour pour les services fournis à des non-Canadiens était de 3 482 $. À Rankin Inlet et à Cambridge Bay, le tarif d'hospitalisation était de 1 956 $.

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 sur l'assurance-maladie* en 2024–2025.

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 2025, 43 132 personnes étaient inscrites au Régime d'assurance-santé du Nunavut, soit une augmentation de 979 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(1)j) et o) de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre de la Santé à conclure avec les provinces et les autres territoires des ententes sur la prestation de services de santé aux résidents du Nunavut et à fixer les modalités de paiement. En 2024–2025, 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 néonatologie 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 2024–2025 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 2024–2025, concernant les services urgents ou n'ayant pas fait l'objet d'un renvoi, le paiement est de 100 $ par jour pour les services hospitaliers et de 50 $ 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 praticien a choisi de percevoir des honoraires autres que ceux prévus par le régime de soins médicaux encore en vigueur. 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, Igloolik et Cambridge Bay. Ces établissements fournissent à temps plein des services de soins infirmiers et personnels aux adultes. Les centres de Gjoa Haven et d'Igloolik comptent 10 lits chacun, tandis que celui de Cambridge Bay en comprend 8.

Le Nunavut a conclu des accords avec un certain nombre d'autorités régionales de santé à l'extérieur du territoire et avec des établissements particuliers à l'égard de la prestation de services par des médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé itinérants. Les services spécialisés suivants ont été offerts au Nunavut en 2024–2025 dans le cadre du programme des spécialistes itinérants : ophtalmologie, orthopédie, médecine interne, oto-rhino-laryngologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, gynécologie, urologie, pneumologie, cardiologie, clinique d'évaluation articulaire totale, étude du sommeil, chirurgie buccale, chirurgie plastique, psychiatrie et allergologie. Les consultations de spécialistes itinérants sont prévues à l'avance, et sont offerts à des semaines spécifiques (46 semaines au total) tout au long de l'année.

Le réseau de télésanté du Nunavut, qui relie l'ensemble des 25 communautés, permet la prestation à distance d'une vaste gamme de services, par exemple, des services de consultation de spécialistes comme les dermatologues, les psychiatres et les internistes; les services de réadaptation; les séances de counselling sur une base régulière; les visites d'un membre de la famille; l'enseignement médical continu. L'objectif à long terme est d'intégrer la télésanté dans le système de prestation de soins primaires, permettant ainsi aux résidents du Nunavut d'avoir plus facilement accès à une gamme plus étendue d'options de services et aux fournisseurs de services et aux communautés d'utiliser les ressources plus efficacement.

Lorsque le matériel et les services ne sont pas accessibles au Nunavut, les patients sont dirigés vers d'autres provinces ou territoires.

5.2 Rémunération des médecins

Tous les médecins qui exercent à temps plein au Nunavut sont rémunérés aux termes d'un contrat avec le ministère de la Santé (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 2024–2025, ils comprennent les indicateurs économiques et financiers 2023–2024 et le Plan d'activités 2024–2027 du gouvernement du Nunavut et des entreprises territoriales.

PERSONNES INSCRITES

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
1. Nombre en date du 31 mars[1]	39 945	40 586	41 325	42 153	43 132

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Établissements publics	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
2. Nombre	28	28	27	27	27
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	0	0	0	0	0

[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 AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	4 204	4 043	3 766	4 043	3 933
7. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	49 827 272	44 278 952	49 289 353	57 964 442	62 059 196
8. Nombre total de demandes, patients externes	23 583	23 836	24 328	26 747	27 231
9. Total des paiements, patients externes ($)	10 538 570	10 424 441	11 373 874	14 596 673	17 644 404

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA[2]

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés pré-approuvés (#)	0	0	0	0	0
11. Total des paiements, patients hospitalisés pré-approuvés ($)	0	0	0	0	0
12. Nombre total de demandes, patients externes pré-approuvés (#)	15	20	30	9	2
13. Total des paiements, patients externes pré-approuvés ($)*	16 377	16 830	37 851	11 194	1 690
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés (#)	0	0	0	0	0
15. Total des paiements, patients hospitalisés ($)	0	0	0	0	0
16. Nombre total de demandes, patients externes (#)	0	0	0	0	0
17. Total des paiements, patients externes ($)	0	0	0	0	0

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
18. Nombre de médecins participants	138[3]	127[3]	170[3]	142[3]	145[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 ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte ($)[4]	801 070	0	0	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 Les demandes concernent des tests génétiques effectués à l'étranger.

3 Ce chiffre représente le nombre de médecins généralistes exerçant 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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
23. Nombre de services	113 217	122 616	136 168	142 780	115 896
24. Total des paiements ($)	9 127 352	9 454 239	10 561 554	10 694 238	9 821 276

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pré-approuvés	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
25. Nombre de services pré-approuvés	0	0	0	0	0
26. Total des paiements pré-approuvés ($)	0	0	0	0	0
Non pré-approuvés	**2020–2021**	**2021–2022**	**2022–2023**	**2023–2024**	**2024–2025**
27. Nombre de services non pré-approuvés	0	0	2	2	0
28. Total des paiements non pré-approuvés ($)	0	0	181	153	0

SERVICES ÉQUIVALENTS À CEUX D'UN MÉDECIN

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
29. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps plein dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	10[5]
30. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant à temps partiel dans le système public	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	36[6]
31. Nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens travaillant en dehors du système public	0	0	0	0	0

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

	2020–2021	2021–2022	2022–2023	2023–2024	2024–2025
32. Nombre de dentistes participants	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
33. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
34. Nombre de dentistes non participants	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
35. Nombre de services fournis	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
36. Total des paiements ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

[5] Cela comprend : 4 IP employés à temps plein ; 0,5 IP employé à temps partiel; 3 superviseurs à temps plein qui exercent activement en tant qu'IP et 2 IP virtuels sous contrat à temps plein.

[6] Cela comprend 29 IP travaillant pour des agences dans le cadre de missions ponctuelles et 7 IP virtuels à temps partiel. Pour les IP travaillant dans le cadre de missions ponctuelles, le nombre de missions variait entre 1 et 7 missions pour une agence par exercice financier. Les IP virtuels travaillaient entre 1 et 3 jours par semaine.

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 November 20, 2025

Last amended on December 12, 2017

À jour au 20 novembre 2025

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 1er 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 November 20, 2025. The last amendments came into force on December 12, 2017. Any amendments that were not in force as of November 20, 2025 are set out at the end of this document under the heading "Amendments Not in Force".

NOTE

Cette codification est à jour au 20 novembre 2025. Les dernières modifications sont entrées en vigueur le 12 décembre 2017. Toutes modifications qui n'étaient pas en vigueur au 20 novembre 2025 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

Extra-billing and User Charges

18 Extra-billing

19 User charges

20 Deduction for extra-billing

21 When deduction made

Regulations

22 Regulations

Report to Parliament

23 Annual report by Minister

Surfacturation et frais modérateurs

18 Surfacturation

19 Frais modérateurs

20 Déduction en cas de surfacturation

21 Application aux exercices ultérieurs

Règlements

22 Règlements

Rapport au Parlement

23 Rapport annuel du ministre

R.S.C., 1985, c. C-6

An Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services

L.R.C., 1985, ch. C-6

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé

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

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,

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

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 assujetti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :

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.

Portability

11 (1) In order to satisfy the criterion respecting portability, the health care insurance plan of a province

(a) must not impose any minimum period of residence in the province, or waiting period, in excess of three months before residents of the province are eligible for or entitled to insured health services;

(b) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment of amounts for the cost of insured health services provided to insured persons while temporarily absent from the province on the basis that

(i) where the insured health services are provided in Canada, payment for health services is at the rate that is approved by the health care insurance plan of the province in which the services are provided, unless the provinces concerned agree to apportion the cost between them in a different manner, or

(ii) where the insured health services are provided out of Canada, payment is made on the basis of the amount that would have been paid by the province for similar services rendered in the province, with due regard, in the case of hospital services, to the size of the hospital, standards of service and other relevant factors; and

(c) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment, during any minimum period of residence, or any waiting period, imposed by the health care insurance plan of another province, of the cost of insured health services provided to persons who have ceased to be insured persons by reason of having become residents of that other province, on the same basis as though they had not ceased to be residents of the province.

Requirement for consent for elective insured health services permitted

(2) The criterion respecting portability is not contravened by a requirement of a provincial health care insurance plan that the prior consent of the public authority that administers and operates the plan must be obtained for elective insured health services provided to a resident of the province while temporarily absent from the province if the services in question were available on a substantially similar basis in the province.

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) prévoie et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province :

(i) si ces services sont fournis au Canada, selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées,

(ii) s'il sont fournis à l'étranger, selon le montant qu'aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s'il s'agit de services hospitaliers, de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

c) prévoie 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

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) prévoie 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) prévoie une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;

d) prévoie 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).

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).

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

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 in-patient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.

1984, c. 6, s. 19.

Deduction for extra-billing

20 (1) Where a province fails to comply with the condition set out in section 18, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information

Nouvelle application des réductions ou retenues

16 En cas de manquement continu aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou à l'article 13, les réductions ou retenues de la contribution pécuniaire à une province déjà appliquées pour un exercice en vertu de l'article 15 lui sont appliquées de nouveau pour chaque exercice ultérieur où le ministre estime, après consultation de son homologue chargé de la santé dans la province, que le manquement se continue.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 16; 1995, ch. 17, art. 39.

Application aux exercices ultérieurs

17 Toute réduction ou retenue d'une contribution pécuniaire visée aux articles 15 ou 16 peut être appliquée pour l'exercice où le manquement à son origine a eu lieu ou pour l'exercice suivant.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 17; 1995, ch. 17, art. 39.

Surfacturation et frais modérateurs

Surfacturation

18 Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.

1984, ch. 6, art. 18.

Frais modérateurs

19 (1) Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateurs.

Réserve

(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.

1984, ch. 6, art. 19.

Déduction en cas de surfacturation

20 (1) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les

provided in accordance with the regulations, determines to have been charged through extra-billing by medical practitioners or dentists in the province in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Deduction for user charges

(2) Where a province fails to comply with the condition set out in section 19, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged in the province in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Consultation with province

(3) The Minister shall not estimate an amount under subsection (1) or (2) without first undertaking to consult the minister responsible for health care in the province concerned.

Separate accounting in Public Accounts

(4) Any amount deducted under subsection (1) or (2) from a cash contribution in any of the three consecutive fiscal years the first of which commences on April 1, 1984 shall be accounted for separately in respect of each province in the Public Accounts for each of those fiscal years in and after which the amount is deducted.

Refund to province

(5) Where, in any of the three fiscal years referred to in subsection (4), extra-billing or user charges have, in the opinion of the Minister, been eliminated in a province, the total amount deducted in respect of extra-billing or user charges, as the case may be, shall be paid to the province.

Saving

(6) Nothing in this section restricts the power of the Governor in Council to make any order under section 15.

1984, c. 6, s. 20.

When deduction made

21 Any deduction from a cash contribution under section 20 may be made in the fiscal year in which the matter that gave rise to the deduction occurred or in the following two fiscal years.

1984, c. 6, s. 21.

renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Déduction en cas de frais modérateurs

(2) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 19, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total des frais modérateurs assujettis à l'article 19 imposés dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Consultation de la province

(3) Avant d'estimer un montant visé au paragraphe (1) ou (2), le ministre se charge de consulter son homologue responsable de la santé dans la province concernée.

Comptabilisation

(4) Les montants déduits d'une contribution pécuniaire en vertu des paragraphes (1) ou (2) pendant les trois exercices consécutifs dont le premier commence le 1er avril 1984 sont comptabilisés séparément pour chaque province dans les comptes publics pour chacun de ces exercices pendant et après lequel le montant a été déduit.

Remboursement à la province

(5) Si, de l'avis du ministre, la surfacturation ou les frais modérateurs ont été supprimés dans une province pendant l'un des trois exercices visés au paragraphe (4), il est versé à cette dernière le montant total déduit à l'égard de la surfacturation ou des frais modérateurs, selon le cas.

Réserve

(6) Le présent article n'a pas pour effet de limiter le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre le décret prévu à l'article 15.

1984, ch. 6, art. 20.

Application aux exercices ultérieurs

21 Toute déduction d'une contribution pécuniaire visée à l'article 20 peut être appliquée pour l'exercice où le fait à son origine a eu lieu ou pour les deux exercices suivants.

1984, ch. 6, art. 21.

Regulations

Regulations

22 (1) Subject to this section, the Governor in Council may make regulations for the administration of this Act and for carrying its purposes and provisions into effect, including, without restricting the generality of the foregoing, regulations

(a) defining the services referred to in paragraphs (a) to (d) of the definition *extended health care services* in section 2;

(b) prescribing the services excluded from hospital services;

(c) prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13(a) and the times at which and the manner in which that information shall be provided; and

(d) prescribing the manner in which recognition to the Canada Health Transfer is required to be given under paragraph 13(b).

Agreement of provinces

(2) Subject to subsection (3), no regulation may be made under paragraph (1)(a) or (b) except with the agreement of each of the provinces.

Exception

(3) Subsection (2) does not apply in respect of regulations made under paragraph (1)(a) if they are substantially the same as regulations made under the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, as it read immediately before April 1, 1984.

Consultation with provinces

(4) No regulation may be made under paragraph (1)(c) or (d) unless the Minister has first consulted with the ministers responsible for health care in the provinces.

R.S., 1985, c. C-6, s. 22; 1995, c. 17, s. 40; 2012, c. 19, s. 410(E).

Report to Parliament

Annual report by Minister

23 The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance

Règlements

Règlements

22 (1) Sous réserve des autres dispositions du présent article, le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente loi et, notamment :

a) définir les services visés aux alinéas a) à d) de la définition de *services complémentaires de santé* à l'article 2;

b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;

c) déterminer les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre en vertu de l'alinéa 13a) et fixer les modalités de temps et autres de leur communication;

d) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13b).

Consentement des provinces

(2) Sous réserve du paragraphe (3), il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)a) ou b) qu'avec l'accord de chaque province.

Exception

(3) Le paragraphe (2) ne s'applique pas aux règlements pris en vertu de l'alinéa (1)a) s'ils sont sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, dans sa version précédant immédiatement le 1er 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

plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

1984, c. 6, s. 23.

Santé
Rapport au Parlement
Article 23

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 November 20, 2025

À jour au 20 novembre 2025

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 1er 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 November 20, 2025. Any amendments that were not in force as of November 20, 2025 are set out at the end of this document under the heading "Amendments Not in Force".

NOTE

Cette codification est à jour au 20 novembre 2025. Toutes modifications qui n'étaient pas en vigueur au 20 novembre 2025 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.

[*] S.C. 1984, c. 6

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 1er 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, 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

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

Règlement déterminant les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en vertu de l'alinéa 13a) de la Loi canadienne sur la santé quant à la surfacturation et aux frais modérateurs et fixant les modalités de temps et les autres modalités de leur communication par le gouvernement de chaque province

Titre abrégé

1 *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*.

Définitions

2 Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.

exercice La période commençant le 1er 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

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 1er avril de l'exercice visé par ces estimations;

b) pour les états financiers visés aux alinéas 3b) et 4b), avant le seizième jour du vingt et unième mois qui suit la fin de l'exercice visé par ces états.

(2) Le gouvernement d'une province peut, à sa discrétion, fournir au ministre des ajustements aux estimations prévues aux alinéas 3a) et 4a), avant le 16 février de l'année financière visée par ces estimations.

(3) Les renseignements visés aux paragraphes (1) et (2) doivent être expédiés au ministre par le moyen de communication le plus pratique.

ANNEXE B

LETTRES D'INTERPRÉTATION DES POLITIQUES

Quatre énoncés de politiques clés clarifient la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été formulés en tant que lettres ministérielles adressées par le ministre fédéral de la Santé actuel et ses prédécesseurs 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 note 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 an séjour à l'hôpital; maintenant, grâce aux progrès de la technologie médicale et à la tendance à dispenser des services dans des endroits plus accessibles, il est possible d'offrir une vaste gamme de soins ou de services ambulatoires à l'extérieur du cadre hospitalier traditionnel. Le critère de la loi relatif à l'accessibilité, critère dont la disposition sur les frais modérateurs ne constitue qu'un exemple, avait, de toute évidence, pour objet de veiller à ce que les résidents du Canada reçoivent tous les services de santé médicalement nécessaires, sans obstacle financier ou autre, et quel que soit l'endroit où ces services sont dispensés. Ce critère doit conserver son sens initial quelle que soit la façon dont l'exercice de la médecine évolue.

Le deuxième argument relève de l'interprétation juridique. La définition du terme « hôpital » prévue dans la loi comprend tout établissement qui offre des soins hospitaliers aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ou exigeant des services de réadaptation. Cette définition couvre aussi les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Pour des raisons touchant à la fois la politique et l'interprétation juridique, je considère donc que lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial prévoit le paiement d'honoraires de médecin pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique, il doit également prévoir le paiement des services (hospitaliers) connexes associés à la prestation de ces services, sans quoi la province en question devra s'attendre à l'application de déductions correspondant au total des frais modérateurs.

Je me rends bien compte que cette interprétation nécessitera certaines modifications, particulièrement dans les provinces où des cliniques exigent actuellement des frais d'établissement applicables à des services de santé médicalement nécessaires. Afin d'éviter des difficultés qui pourraient être jugées déraisonnables, je fixe au 15 octobre 1995 la date de mise en application de cette interprétation. Les provinces disposeront ainsi du temps requis pour mettre en place les dispositions législatives ou réglementaires qui s'imposent. À compter du 15 octobre 1995, toutefois, je commencerai à déduire des paiements de transfert toute somme exigée pour des frais d'établissement lorsque des services de santé médicalement nécessaires sont en cause, comme le prévoit l'article 20 de la *Loi canadienne sur la santé*. À mon avis, les provinces bénéficieront ainsi d'une période de transition raisonnable étant donné qu'elles sont maintenant saisies de mes préoccupations concernant les cliniques privées, et compte tenu des progrès déjà réalisés par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les services de santé qui se penche sur la question des cliniques privées depuis déjà un bon moment.

Je tiens à préciser que je ne cherche pas à empêcher l'utilisation de cliniques pour dispenser des services de santé médicalement nécessaires. Je sais que dans bien des cas, elles représentent un moyen efficace d'offrir des services de santé à moindre coût, et souvent en ayant recours à des techniques avancées. J'entends, par contre, veiller à ce que les services de santé médicalement nécessaires soient dispensés suivant des modalités uniformes et cela, quel que soit l'endroit où ils sont offerts. Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont suffisamment souples pour permettre l'évolution de la médecine et de la prestation des soins de santé. Cependant, cette évolution ne saurait mener à la création d'un système de santé à deux paliers.

Comme je l'ai déjà mentionné dans cette lettre, même si la question des frais modérateurs constitue ma préoccupation immédiate, je m'inquiète également des questions plus générales soulevées par la prolifération des cliniques privées. Je crains que cette prolifération ne se traduise, à plus ou moins long terme, par une érosion de notre système de santé public, ce qui aurait pour résultat de limiter l'accès dont jouit la population canadienne aux services de santé médicalement nécessaires. L'énoncé de politique auquel la réunion d'Halifax a donné lieu, témoigne bien de ces préoccupations. Les ministres de la Santé présents, à l'exception de la ministre de l'Alberta, ont convenu :

- d'entreprendre toute démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada et maintenir un régime d'assurance-santé de grande qualité par les gouvernements.

La question des cliniques privées soulève de nombreuses préoccupations au sein du gouvernement fédéral, préoccupations que les provinces partagent. On s'inquiète entre autres :

- de l'affaiblissement de l'appui du public au système de santé administré et financé par l'État;
- de la diminution de la capacité des gouvernements de contrôler les coûts de la santé une fois que ceux-ci sont passés du secteur public au secteur privé;
- de la possibilité, comme en fait foi l'expérience vécue ailleurs, que les établissements privés concentrent leurs efforts sur les actes médicaux les plus faciles, laissant aux établissements publics le soin de s'occuper des cas plus complexes et plus coûteux;
- de la capacité qu'ont les établissements privés d'offrir aux professionnels de la santé des encouragements financiers susceptibles de les inciter à se désengager du système de santé public (incitant ces établissements à mobiliser leurs ressources financières afin d'attirer les consommateurs, plutôt que d'améliorer la qualité des soins offerts).

Le seul moyen de composer efficacement avec ces préoccupations consiste à réglementer l'exploitation des cliniques privées.

Je demande donc aux ministres de la Santé des provinces qui ne l'ont pas encore fait d'établir des cadres réglementaires régissant l'exploitation des cliniques privées. J'aimerais souligner que même si je me préoccupe surtout de l'élimination des frais modérateurs, il est tout aussi important que ces cadres réglementaires soient mis en place pour assurer un accès raisonnable aux services de santé médicalement nécessaires et pour favoriser la viabilité du système de santé financé et administré par l'État. À mon avis, il faut procéder sans tarder à leur mise en œuvre.

N'hésitez pas à prendre contact avec moi pour des éclaircissements au sujet de ma position sur les cliniques privées et les frais d'établissement. Mes fonctionnaires, quant à eux, sont prêts à rencontrer les vôtres quand ils le souhaiteront pour en discuter. Il faudrait d'ailleurs selon moi, que nos fonctionnaires se concentrent, au cours des prochaines semaines, sur les préoccupations plus générales concernant les cliniques privées.

Comme je l'ai mentionné au début de la présente lettre, la *Loi canadienne sur la santé* fait l'objet d'interprétations divergentes touchant un bon nombre d'autres pratiques. Je préfère généralement que les problèmes touchant l'interprétation de la Loi soient résolus par consensus fédéral-provincial-territorial en tenant compte des principes fondamentaux de la Loi. J'ai, par conséquent, encouragé les deux paliers de gouvernement à tenir des consultations dans tous les cas où il y avait de tels désaccords. En ce qui a trait à des situations telles que la couverture des frais médicaux engagés hors de la province de résidence ou à l'étranger, j'ai l'intention de poursuivre les consultations dans la mesure où elles sont susceptibles de mener à des conclusions satisfaisantes, dans des délais raisonnables.

En terminant, j'aimerais citer monsieur le juge Emmett M. Hall qui nous rappelait en 1980 que :

> « Dans notre société, le traumatisme causé par les maladies, la douleur engendrée par les opérations chirurgicales et le lent acheminement vers la mort constituent suffisamment de fardeaux sans avoir à y ajouter celui qui provient des frais médicaux et hospitaliers frappant le malade au moment où il est vulnérable. »

Je suis convaincue, qu'en gardant cet avis à l'esprit, nous continuerons de conjuguer nos efforts en vue de sauvegarder et de renouveler ce qui pourrait bien être notre plus remarquable projet social.

Enfin, comme les questions traitées dans la présente lettre revêtent une importance certaine pour les Canadiens et Canadiennes, je compte la rendre publique une fois que tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé l'auront reçue.

Veuillez agréer, cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Marleau
Ministre de la Santé

[Voici le texte de la lettre envoyée le 8 août 2018 à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'honorable Ginette Petitpas Taylor, ministre de la Santé.]

Monsieur le Ministre,

Ce fut un plaisir de vous rencontrer lors de la récente réunion des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé à Winnipeg. Comme je l'ai expliqué, lorsque j'ai été nommée ministre de la Santé, le premier ministre m'a chargé de promouvoir et de défendre la *Loi canadienne sur la santé* et, tout particulièrement, l'élimination des frais imposés aux patients pour des services qui devraient être publiquement assurés. Comme vous le savez, je prends toujours cette responsabilité très au sérieux.

Suite à nos conversations tenues au début de l'année, j'étais ravie de constater que toutes les provinces et tous les territoires avaient participé aux discussions au niveau des représentants organisées par Santé Canada au printemps. Nous avons peaufiné notre approche selon les commentaires reçus au cours d'une série de réunions multilatérales et bilatérales.

Le but de cette lettre est de vous informer officiellement que je vais de l'avant avec les trois initiatives de la *Loi canadienne sur la santé* dont j'ai discuté avec vous. Ensemble, la Politique des services diagnostiques, la Politique de remboursement et le renforcement de la déclaration des renseignements me donneront les outils pour appliquer efficacement la Loi dans l'intérêt de tous les Canadiens et les Canadiennes.

Politique des services diagnostiques

Un des principaux objectifs de la *Loi canadienne sur la santé* est d'assurer aux Canadiens et Canadiennes d'avoir un accès aux soins médicalement nécessaires selon leurs besoins de santé et non de leur capacité ou de leur volonté de payer. Toutefois, dans bon nombre de provinces et de territoires, des frais sont imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires lorsque ceux-ci sont offerts dans des cliniques privées. Depuis la promulgation de la *Loi canadienne sur la santé,* la position du gouvernement fédéral a toujours été que tous les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires – y compris les services diagnostiques – doivent être couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux.

Si un fournisseur autorisé a référé un patient pour un examen diagnostique médicalement nécessaire, l'état de l'examen comme service assuré par le système public ne devrait pas changer simplement parce que le service est offert dans une clinique privée plutôt que dans un centre hospitalier. Je n'accepte pas la justification que si certains patients sont disposés à payer eux-mêmes pour un accès accéléré pour ces services médicalement nécessaires, que l'on devrait nécessairement leur permettre d'y recourir. Ainsi, certains patients évitent deux fois l'attente – une première fois pour le service diagnostique en soi et par la suite pour tout service de suivi dont ils pourraient avoir besoin. Bref, une telle situation est injuste et va à l'encontre du principe fondamental des soins de santé au Canada, à savoir que l'accès soit fonde 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 1er 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. A 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. 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 débourser 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 assuré 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.

[Voici le texte de la lettre envoyée le 9 janvier 2025 à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'honorable Mark Holland, ministre de la Santé.]

À tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé

Mesdames les Ministres, Messieurs les Ministres,

Les changements apportés à la prestation des soins de santé peuvent améliorer la manière dont les soins sont fournis, afin de répondre aux besoins en matière de santé des Canadiennes et Canadiens. Il ressort clairement des discussions que tous les gouvernements appuient les avancées qui contribuent à garantir que les Canadiennes et les Canadiens puissent bénéficier des soins dont ils ont besoin au moment opportun.

En 2023, le premier ministre et ses homologues provinciaux et territoriaux se sont mis d'accord sur les priorités communes en matière de santé afin d'obtenir des résultats concrets pour l'ensemble de la population canadienne, notamment par des investissements supplémentaires en matière de santé de près de 200 milliards de dollars sur dix ans. Je suis ravi que nous soyons parvenus à la signature d'accords bilatéraux avec toutes les instances. Le plan Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé au Canada souligne l'importance du respect de la Loi canadienne sur la santé (LCS) afin de protéger le système de santé public du Canada.

L'un des éléments essentiels au respect de ces principes est de veiller à ce que les patients ne soient pas confrontés à des frais pour des soins médicalement nécessaires alors qu'un service serait autrement couvert s'il était fourni par un médecin.

Lorsque des innovations sont introduites à notre système de soins de santé, il importe de veiller à ce qu'elles profitent également à tous les Canadiens et à toutes les Canadiennes. Malheureusement, nous avons constaté ces dernières années que ce n'était pas toujours le cas et que des patients se voyaient souvent imposer des frais pour des soins médicalement nécessaires.

Les services équivalents à ceux d'un médecin et le panier de services de base

Le champ d'exercice de nombreux professionnels de la santé réglementés (par exemple : infirmières et infirmiers praticiens, pharmaciens et sages-femmes) a été élargi afin de mieux mettre à profit l'étendue de leurs compétences, de leurs connaissances et de leurs aptitudes pour accroître l'accès aux soins nécessaires. De cette façon, ces professionnels peuvent désormais fournir certains des mêmes services qui seraient normalement assurés s'ils étaient fournis par un médecin. Cette évolution n'a jamais été aussi évidente que dans le domaine des soins de première ligne en équipe, où les infirmières et infirmiers praticiens, en particulier, se trouvent mieux intégrés au système de soins de première ligne, augmentant ainsi considérablement l'accès des Canadiennes et des Canadiens aux soins tout en contribuant à alléger la pression sur le système. Les infirmières et infirmiers praticiens sont désormais en mesure de pratiquer de manière autonome – diagnostiquer, traiter, orienter les patients et leur prescrire médicaments et traitements – tout en accomplissant bon nombre de tâches d'un médecin de première ligne et, dans certains cas, en devenant le seul prestataire de soins de première ligne pour bon nombre de personnes

au sein de la population canadienne, en particulier dans les communautés rurales et éloignées. Cette évolution contribue à réaliser l'objectif de la LCS qui consiste à assurer un accès raisonnable aux soins médicalement nécessaires.

Cependant, on signale de plus en plus une augmentation des frais imposés aux patients par les professionnels de la santé pour la prestation de services médicalement nécessaires sur la base de paiement privé. Si rien n'est fait, cette situation pourrait obliger de plus en plus de membres de la population canadienne à devoir payer pour accéder à des services de soins qui seraient autrement couverts s'ils étaient dispensés par un médecin.

Politique sur les services de la LCS

Je tiens à souligner le travail accompli par les provinces et les territoires en vue d'accroître l'accès des patients aux soins en élargissant le champ d'exercice des professionnels de la santé, tels que les pharmaciens et les infirmières et infirmiers praticiens. Je voudrais cependant m'assurer que l'accès à ces services demeure fondé sur les besoins médicaux et non sur la capacité ou la volonté de payer des patients.

Ainsi, lorsque la Politique sur les services de la LCS sera mise en œuvre, les frais imposés aux patients pour des services médicalement nécessaires, qu'ils soient dispensés par un médecin ou un autre professionnel de la santé fournissant des services équivalents à ceux d'un médecin, seront considérés comme de la surfacturation et des frais modérateurs en vertu de la LCS.

L'objectif de cette politique n'est pas d'élargir le panier de base des services couverts en vertu de la LCS. Elle vise au contraire à maintenir celui-ci en veillant à ce que les patients ne se voient pas imposer de frais pour des services qui seraient autrement fournis gratuitement s'ils étaient dispensés par un médecin. À ce titre, cette politique n'inclut pas les prestataires de soins de santé agréés dont le champ d'activité chevauchait celui des médecins avant la promulgation de la LCS en 1984 et dont les services n'étaient pas considérés comme assurés à l'époque. Le panier de base des services couverts demeure le même, quel que soit le prestataire des services réglementés par la province ou le territoire.

Mise en œuvre

Afin de donner aux gouvernements provinciaux et territoriaux suffisamment de temps pour revoir l'administration de leurs régimes de soins de santé et apporter les ajustements nécessaires, la Politique sur les services de la LCS n'entrera en vigueur que le 1er avril 2026.

Le gouvernement fédéral travaillera avec les provinces et les territoires à l'élaboration de mesures visant à recueillir les renseignements nécessaires à la mise en œuvre de cette politique de manière ouverte et transparente. Afin de recueillir l'information requise pour respecter les obligations de déclaration en vertu du Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs de la LCS, les provinces et les territoires seront tenus de déclarer les frais imposés aux patients en vertu de cette nouvelle politique pour la première fois en décembre 2028.

Je tiens à souligner que l'objectif fédéral de la LCS n'est pas d'imposer des sanctions, mais d'assurer l'accès aux soins médicalement nécessaires. Par conséquent, toute déduction effectuée en vertu de la politique sera admissible à un remboursement conformément à la Politique de remboursement de la LCS, une fois que les frais imposés aux patients et les circonstances qui y ont conduit auront été éliminés.

Je voudrais également profiter de l'occasion pour féliciter l'ensemble des provinces et des territoires pour les efforts considérables déployés jusqu'à présent en vue d'intégrer dans leur régime d'assurance-maladie les services de soins virtuels dispensés par des médecins. J'encourage toutes les administrations à poursuivre dans cette voie. Je me réjouis d'avoir l'occasion de discuter davantage de l'intégration des soins virtuels lors de notre prochaine réunion des ministres de la santé.

Je sais également que, dans certains cas, des cliniques chirurgicales privées offrent aux patients la possibilité d'éviter la file d'attente pour des interventions chirurgicales non urgentes (par exemple, chirurgie de la cataracte, arthroplastie du genou ou de la hanche, opération d'une hernie) en accédant à des soins à l'extérieur de leur province ou territoire d'origine moyennant des frais. Je crains que cette pratique ne porte atteinte au principe fondamental du régime d'assurance-maladie selon lequel l'accès aux soins doit être basé sur les besoins en matière de santé plutôt que sur la capacité ou la volonté de payer. C'est pour cette raison que j'ai demandé à des fonctionnaires du Ministère de poursuivre leur collaboration avec vous afin d'assurer un suivi étroit de cette question.

Notre système de santé public est dynamique et peut bénéficier de l'innovation tout en restant fidèle au principe fondamental du régime d'assurance-maladie. Je demeure convaincu qu'en optant pour une évolution positive tout en garantissant un accès fondé sur les besoins, nous pouvons continuer à améliorer le système de soins de santé à l'avantage de l'ensemble de la population canadienne.

Je vous prie d'agréer, Mesdames les Ministres, Messieurs les Ministres, l'expression de mes sentiments distingués.

L'honorable Mark Holland, C.P., député

ANNEXE C

ÉTATS FINANCIERS DES MONTANTS RÉELS DE SURFACTURATION ET DE FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1ER AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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, fournis dans un hôpital ou dans un établissement non hospitalier (p. ex. une clinique privée de chirurgie ou de diagnostic), 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 de chirurgie ou de diagnostic 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 2022–2023 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 1ER AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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 :	650 $
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 : 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.	3 137,20 $
TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	3 787,20 $

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.

À Terre-Neuve-et-Labrador, le ministère de la Santé et des Services communautaires (SCP) administre le régime provincial d'assurance-santé (MCP). Le paragraphe 7(1) de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* stipule qu'un praticien ne doit pas exiger ni percevoir d'un bénéficiaire des honoraires pour les services assurés en sus des montants payables en vertu de la présente loi et des règlements.

L'administration du MCP, y compris la dissuasion de la surfacturation, est conforme à la Loi et aux règlements connexes. Il convient de noter en particulier le *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*, NLR 21/96 (le « *Règlement* »).

L'article 25 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* confère au ministre le pouvoir de recouvrer les trop-payés et les intérêts découverts dans le cadre d'une vérification. Le ministre de la Santé et des Services communautaires peut le faire en concluant une entente avec le praticien pour payer au ministère le montant payé en trop plus des intérêts.

Le 15 juin 2018, une modification a été apportée à l'article 3 du *Medical Care Insurance Insured Services Regulations* afin de préciser que [traduction] « l'ablation et le remplacement médicalement nécessaires d'une lentille cataracte par quelque intervention que ce soit constituent un service assuré et 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 été autorisés à offrir une chirurgie de la cataracte assurée. Un troisième a été désigné en avril 2022. La politique ci-dessous décrit les exigences relatives à ces établissements désignés non hospitaliers : Microsoft Word - Policy for the Provision of Cataract Surgery in Non-Hospital Designated Facilities 2024.docx. La politique a été mise à jour en juillet 2024.

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.

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*. Toutefois, ces cas sont plus souvent identifiés par l'entremise de plaintes déposées 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 seront reçues par le Ministère. Selon les circonstances, ce dernier peut mener une enquête ou renvoyer l'affaire au College of Physicians and Surgeons of NewFoundland and Labrador, l'organisme de réglementation de l'exercice de la médecine dans la province. Les bénéficiaires peuvent également communiquer directement avec le Collège.

Le Ministère n'a pas été avisé de nouveaux frais modérateurs liés à des services diagnostiques médicalement nécessaires au cours de la période de référence.

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.

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 les cas soupçonnés de surfacturation et d'imposition 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.

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 ou à un établissement désigné 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 reçoit des demandes de renseignements concernant le remboursement des services reçus après le 15 juin 2018. Pour mieux comprendre la question, les représentants de HCS invitent ces patients à fournir les documents requis aux fins d'examen. Dans le cadre de ce processus, HCS a déterminé un montant de surfacturation de 650 $ pour un patient (deux yeux) ainsi que des frais modérateurs pour trois patients pour des interventions effectuées sur cinq yeux au cours de la période de référence.

Le montant de la surfacturation de 650 $ a été déterminé grâce à la soumission par le patient d'une facture détaillée comprenant des frais pour le positionnement et l'alignement de lentilles intraoculaires améliorées à la suite d'une chirurgie de la cataracte pour les deux yeux (325 $ par œil). Cela a été facturé directement au patient en plus d'autres services assurés et non assurés liés à la mise à niveau des lentilles. La facture détaillée a été difficile à déchiffrer et une meilleure image de la facture a été demandée, mais n'a pas été reçue.

Les détails relatifs aux frais modérateurs sont décrits pour les trois patients suivants dans les trois paragraphes suivants. Un patient a fourni une facture pour une « correction de la vue premium » bilatérale avec technologie laser femtoseconde pour un montant total de 6 095 $. Aucune facture détaillée n'a été fournie. La facture fournie indiquait que les services étaient « non assurés », « facultatifs » et « non admissibles à un remboursement au titre du MCP ». Un document justificatif a été signé au nom du chirurgien traitant, qui a également indiqué qu'une évaluation préalable à l'intervention a permis de documenter des cataractes bilatérales. Le patient a été ajouté à une liste d'attente pour une chirurgie de la cataracte financée par l'État. Malgré cela, le patient a été facturé pour l'échange de lentille réfractive peu de temps après.

Une demande de remboursement pour une chirurgie d'un œil au cours de l'année visée par le présent rapport a d'abord été refusée, car la facture produite par le patient indiquait « correction de la vue de type PVC », qui était également documentée sur la facture comme une « amélioration de la vue », et n'était pas admissible à un remboursement en vertu des régimes provinciaux d'assurance-maladie. Cependant, le patient a continué de faire un suivi auprès du ministère en 2023. Une discussion plus poussée avec le patient et l'enquête ont révélé que le patient semblait effectivement avoir été facturé pour une intervention chirurgicale pour un œil lié à une cataracte. Le patient a payé pour une intervention chirurgicale parce qu'il estimait qu'elle était nécessaire et qu'elle ne pouvait pas être obtenue par l'intermédiaire du système public. Le patient a été facturé 2 950 $ pour la technologie laser, les diagnostics non assurés, une trousse de lentilles réfractives post-chirurgicales, ainsi qu'un plan d'amélioration au laser de trois ans. L'opération du deuxième œil a été prise en charge par le MCP.

Une autre demande de remboursement des frais de chirurgie oculaire en 2022 a été reçue. Bien que les détails soient limités, il semble que 6 200 $ aient été payés pour une intervention chirurgicale visant à retirer les cataractes médicalement nécessaires de ce patient aux deux yeux. Dans ce cas, il apparaît que la vision du patient était très mauvaise, ce qui rendait les conditions de vie dangereuses. Il était entendu que le paiement était nécessaire pour éviter une longue attente pour avoir accès à la chirurgie requise.

Compte tenu de ce qui précède, le montant des frais modérateurs déterminés pour la chirurgie de la cataracte au cours de la période visée par le présent rapport est de 650 $ + (627,44 $ X 5) = 3 787,20 $. La somme de 627,44 $ correspond aux honoraires professionnels versés aux ophtalmologistes au cours de la période visée par le rapport pour l'extraction de la cataracte et l'insertion d'une lentille intraoculaire.

Un remboursement de 574,47 $ a été fait à un patient en janvier 2024 à la suite d'un appel de remboursement en 2022 pour une chirurgie oculaire en 2017. Aucun autre remboursement n'a été effectué aux patients depuis ce temps.

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.

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. La Loi décrit également les processus d'examen et d'appel offerts aux praticiens.

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 énonce les exigences visant ces établissements non hospitaliers désignés : Microsoft Word - Policy for the Provision of Cataract Surgery in Non-Hospital Designated Facilities 2024.docx. 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 1er octobre 2022 au 31 mars 2024 (pour un total de 18 mois avec 1 100 interventions effectuées au cours de la seconde moitié de 2022–2023 et 2 200 en 2023–2024). Dans le cadre du budget de 2023, 1 500 interventions supplémentaires ont été prévues, ce qui porte le total des interventions extrahospitalières pour 2023–2024 à 7 200 (3 500 + 2 200 + 1 500).

En juillet 2024, le Ministère et l'Association médicale de Terre-Neuve-et-Labrador, au nom des trois établissements non hospitaliers désignés, ont négocié une entente pour compléter les 3 500 interventions effectuées à l'extérieur de l'hôpital en vertu de l'annexe O. Chaque année, 3 200 interventions supplémentaires sont allouées aux mêmes frais d'établissement que ceux de l'annexe O, et 2 100 procédures supplémentaires sont facturées à des frais d'établissement réduits. Cela porte le nombre annuel de procédures à venir à 8 800. De plus, l'autorité sanitaire provinciale s'efforce d'achever un processus d'admission centralisée provincial, après quoi les plafonds pour les interventions extrahospitalières seront supprimés. Le Ministère prévoit que le financement d'un plus grand nombre de chirurgies de la cataracte réalisées à l'extérieur de l'hôpital augmentera l'accès des patients à une chirurgie de la cataracte assurée.

Addenda

HCS a publié son avis public sur le processus de remboursement des chirurgies de la cataracte en février 2020. HCS déclare un total de 132 574,42 $ en frais d'utilisation déterminés pour 135 personnes et de 127 532, 34 $ en frais d'utilisation payés à 130 personnes pour une chirurgie de la cataracte avant les modifications législatives introduites le 15 juin 2018.

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 1ER AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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 : 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.	0 $
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.

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] 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] 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

Santé Î.-P.-É gère un système 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 un lien sur le site de Santé Î.-P.-É. vers la page Compliments et plaintes. Quiconque ayant été assujetti à une surfacturation ou ayant dû assumer des frais modérateurs peut également 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.

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous

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).

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous.

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 1ER AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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 :	720 635 $
Montant des frais modérateurs perçus pour tous les autres services assurés : 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.	0 $
TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	720 635 $

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.

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).**

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous.

Les enquêtes réactives déclenchées par des plaintes de patients constituent le principal moyen d'enquête et d'application de la loi concernant la surfacturation et les frais modérateurs et pourraient inclure des accusations déposées en vertu de la Loi. Aucune plainte de patients concernant la surfacturation et les frais modérateurs n'a été reçue au cours de la période de référence.

Comme l'indique le plan d'action pour le remboursement de janvier 2025 de la Nouvelle-Écosse, l'Enquête auprès des cliniques de soins de santé au Canada 2022 réalisée par Statistique Canada offre un moyen supplémentaire d'enquêter et d'évaluer les estimations de surfacturation et de frais modérateurs prélevés dans la province. L'enquête de 2022 ne fournit aucune information sur la surfacturation et les frais modérateurs en Nouvelle-Écosse.

La Nouvelle-Écosse reconnaît qu'au cours de la période de déclaration 2022, une clinique privée de services médicaux de diagnostic était opérationnelle dans la province et a annoncé des services qui seraient considérés comme une surfacturation ou un frais modérateur. Une estimation de son activité potentielle est fournie afin de saisir toute la gamme possible de surfacturation et de frais modérateurs potentiels qui aurait pu se produire en Nouvelle-Écosse. L'estimation est basée sur un volume d'analyse par clinique dérivé d'une moyenne calculée de l'activité nationale.

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.

Aucune plainte concernant la surfacturation et les frais modérateurs n'a été reçue pendant la période de référence.

Comme il est indiqué dans le plan d'action sur le remboursement de la Nouvelle-Écosse pour janvier 2025, l'Enquête auprès des cliniques de soins de santé au Canada 2022 réalisée par Statistique Canada offre un moyen supplémentaire de faire enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs et d'évaluer les estimations de surfacturation et de frais modérateurs prélevés dans la province. L'Enquête de 2022 ne fournit aucune information sur la présence de cas de surfacturation et de frais modérateurs en Nouvelle-Écosse.

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.

En vertu des mesures d'application de la loi établies par la Nouvelle-Écosse, une violation du paragraphe 29(1) de la HSIA 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 $.

Comme l'indique le plan d'action sur le remboursement de janvier 2025 de la Nouvelle-Écosse, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse a conclu une entente avec HealthView Medical Imaging – la seule clinique privée en activité pour cette période de référence – afin d'obtenir des services d'imagerie diagnostique médicalement nécessaire financés par l'État. Dans le cadre de cet accord, la province a intégré ce prestataire privé dans le système public, en s'attendant à ce que sa capacité à facturer des frais supplémentaires ou à imposer des frais modérateurs soit éliminée par l'utilisation publique de la capacité excédentaire de ses installations.

NOUVEAU-BRUNSWICK

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1ER AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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 : 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.	130 200 $**
TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	130 200 $**

* Le fichier de données de l'Enquête auprès des cliniques de soins de santé au Canada (ECSSC) de 2022 fourni le 23 janvier comprenait des données supprimées pour le Nouveau-Brunswick et n'est donc pas disponible pour examen pour le moment.

** Les données de l'ICIS pour l'année civile 2022 indiquent 168 avortements provoqués déclarés en milieu non hospitalier. Le Nouveau-Brunswick n'a pas d'autres données suggérant le contraire et a utilisé les prix publics de Clinic 554, qui s'élève en moyenne à 775 $ par patient, pour estimer la facturation supplémentaire et les frais d'utilisation perçus pour ce service assurable.

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.

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).**

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous.

Le ministère de la Santé reçoit régulièrement les préoccupations des résidents sur diverses questions liées à la santé et y répond. Il s'agit notamment de sujets, comme l'accès aux soins de santé, les approbations pharmaceutiques, les services dans différentes langues, les temps d'attente et les détails du programme. Le site Web du Ministère offre aux gens de multiples façons de faire part de leurs commentaires, y compris par courrier, courriel, téléphone et service de messagerie en ligne.

En 2022–2023, douze demandes de remboursement ont été soumises au Ministère. Elles ont toutes été rejetées après un examen initial ou une enquête plus approfondie.

c) **Un résumé de toute enquête portant sur la surfacturation et les frais modérateurs au cours de l'exercice, notamment :**
- **le nombre d'enquêtes;**
  - 12
- **la nature des enquêtes (p. ex. vérifications de la facturation des médecins, enquêtes déclenchées par les patients, vérifications de cliniques privées, conclusions de rapports d'une tierce partie, comme 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 payé dans des établissements privés au Nouveau-Brunswick, à l'extérieur du Nouveau-Brunswick, mais au Canada et à l'extérieur du Canada. Les examens ont été effectués par la Direction de l'assurance-maladie du ministère de la Santé.
- **les cas confirmés et les montants de surfacturation et de frais modérateurs;**
  - Le ministère de la Santé ne peut pas confirmer de façon indépendante les montants que ces personnes pourraient avoir payés à des prestataires 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 12 cas était de 160 661,64 $.
- **tout montant remboursé aux patients.**
  - Aucun patient n'a reçu de remboursement.

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.

La *Loi sur le paiement des services médicaux* (LPSM) du Nouveau-Brunswick décrit 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 prestataires peuvent choisir d'exercer en dehors de la LPSM. La LPSM crée une séparation entre le système public (qui répond aux principes énoncés ci-dessus) et les entreprises privées, en interdisant toute rémunération du praticien dont les droits excèdent les barèmes établis, ainsi que tout paiement à des établissements privés. Elle établit également l'obligation pour un praticien privé de renseigner ses patients éventuels à ce sujet.

L'annexe 2 du *Règlement général – Loi sur le paiement des services médicaux* décrit les services qui ne sont pas admissibles au paiement, y compris ceux dont les frais dépassent les taux établis. L'annexe 3 décrit un accord que les praticiens doivent signer, acceptant d'accepter les paiements de la Direction de l'assurance-maladie comme paiement intégral des services et de ne pas demander de remboursement supplémentaire.

La *Loi sur les établissements de santé*, adoptée en 2023, établit des règles pour les établissements chirurgicaux financés par l'État qui offrent des services chirurgicaux à l'extérieur des hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Elle précise les exigences relatives à la prestation de services chirurgicaux financés et non financés dans ces établissements et interdit à toute personne de facturer et de percevoir des frais auprès d'un patient qui reçoit un service chirurgical financé dans un établissement chirurgical financé.

QUÉBEC

Madame,

La présente donne suite à la lettre transmise au sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Daniel Paré, par le sous Ministre de Santé Canada, monsieur Greg Orencsak, le 20 septembre 2024. Il y était demandé de rendre compte, au plus tard le 24 janvier 2025, du montant total de la surfacturation, des frais modérateurs et des frais payés par des patients pour les services diagnostiques médicalement nécessaires pour l'année financière 2022–2023.

Soulignons d'emblée qu-au Québec, le régime d'assurance maladie est balise 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 pour des frais accessoires à un service assuré, sauf dans cas prescrits par règlement ou dûment balisés par entente.

En ce qui a trait aux services diagnostiques, rappelons à nouveau que les examens d'imagerie par résonnance magnétique, de tomodensitométrie et autres, médicalement requis, sont disponibles dans les établissements publics et sont, dès lors, entièrement assures par le régime public de sante du Québec. Des ententes de services ont également été établies par des établissements avec certains prestataires de services privés pour accroître l'offre de services diagnostique couverte par le public. L'accès est donc gratuit et universel pour toute la population québécoise. Rappelons également que certains examens peuvent être remboursés par d'autres assureurs publics, ou encore des assureurs privés.

Aussi, il nous apparaît qu'avec son règlement, le gouvernement fédéral tente de définir l'étendue du panier des services devant être assures au Québec, ce qui constitue un empiètement majeur sur la responsabilité de l'administration du système de sante qui relevé entièrement du Québec. Vous n'êtes pas sans savoir que le domaine de la sante et des services sociaux relevé 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 de son système de santé. 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 de sante qui lui sont offerts.

Nous vous invitons à consulter les informations publiques se trouvant dans le rapport annuel de gestion 2022–2023 du 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.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La Directrice

ONTARIO

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1ER AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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 : 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.	26 240,00 $
TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	26 240,00 $

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.

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.

   *Le 25 septembre 2023, la LESA a été remplacée par la *Loi sur les centres de services de santé communautaires intégrés* (LCSSCI), mais cette loi n'était pas en vigueur pendant la période de référence 2022–2023 pour la surfacturation et les frais modérateurs et n'a pas d'incidence sur le présent rapport annuel.

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 être considérée comme de la surfacturation ou des 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).

Veuillez 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 déboursés par les patients pour des services assurés 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 était manifestement 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.

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous.

Au cours de l'exercice 2021–2022, le Ministère a procédé à 91 examens pour des cas possibles de surfacturation et de frais modérateurs en vertu de la LEAAAS.

Au cours de l'exercice 2022–-2023, le Ministère a procédé à 101 examens pour des cas possibles de surfacturation et de frais modérateurs en vertu de la LEAAAS. Quatre-vingt-cinq (85) examens réalisés pendant l'exercice 2022-2023 ont été déclenchés par les patients et 16 étaient non liés à des patients ou déclenchés par d'autres sources, et 59 de ces 101 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
85	Déclenché par le patient
16	Non lié à un patient ou déclenché par d'autres sources (p. ex. autre secteur du Ministère, transmis par un député, citoyen préoccupé, etc.)
101	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. Quarante-deux (42) des 101 examens effectués au cours de l'exercice 2022–2023 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
5	Déclenché par le patient	190	Surfacturation	De 90 $ à 508,50 $	4 791,70 $	4 791,70 $
30	Déclenché par le patient	380	Frais modérateurs	De 25,00 $ à 9 040,00 $	234 320,56 $	15 933,95 $
7	Déclenché par le patient	7	Services de diagnostic	De 30,00 $ à 1 500,00 $	3 750,10 $	3 750,10 $
42	**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**		**242 862,40 $**	**242 862,40 $**

Par conséquent, l'Ontario déclare un montant NUL pour les frais de surfacturation pour l'exercice 2022–2023.

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 2022–2023 pour la surfacturation et les frais modérateurs et une des cliniques ayant déjà fait l'objet d'un examen a cessé de fournir des services d'avortement avant le 1er avril 2022.

Conformément au point de vue de Santé Canada selon lequel ces examens permettent de conclure au paiement d'honoraires forfaitaires (101 patientes sur 120), et malgré le fait que le Ministère ait un point de vue contraire, des frais modérateurs d'un montant de 6 560,00 $ pour chacune des quatre cliniques d'avortement qui ne sont pas des établissements de santé autonomes sont déclarés pour l'exercice 2022–2023, ce qui représente un total de 26 240,00 $.

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.

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.

Les examens de la LEAAAS ont un effet dissuasif pour les fournisseurs et les entités concernées, car ils comprennent de l'éducation concernant la surfacturation et les frais modérateurs et exigent le remboursement aux patients de tous les frais supplémentaires et modérateurs. Lorsque le Ministère rembourse directement les patients, le montant plus des frais administratifs de 150 $ par frais devient une dette due au Régime. De plus, le ministère procède régulièrement à des examens proactifs de la LEAAAS qui ne sont pas liés à une plainte particulière d'un patient. Toutes les enquêtes comprennent la formation des prestataires en vertu de la LEAAAS et la LESA, et sont menées pour s'assurer que les pratiques de facturation des prestataires sont conformes à la législation ontarienne. Par le passé, le Ministère a également entrepris des initiatives d'éducation des patients afin d'accroître la sensibilisation des membres du grand public aux mesures de protection prévues par la LEAAAS et d'encourager le dépôt de plaintes valides auprès du programme de la LEAAAS afin que des examens puissent être entrepris.

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 prestataire 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.

La LEAAAS et la LESA contiennent des dispositions relatives aux infractions et prévoient des amendes pour les condamnations.

MANITOBA

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1ER AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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 : 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.	0 $
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.

- 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).**

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous.

- 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, des Aînés et des Soins de longue durée (MSASLD) 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 MSASLD examine les modalités des frais imposés aux patients afin de déterminer si le service fourni est un service assuré.
- En règle générale, dans les cas où des frais imposés pourraient être considérés comme un cas de surfacturation ou de frais modérateurs, il suffit que le MSASLD communique avec le prestataire de services médicaux pour l'informer qu'il doit rembourser le patient et soumettre une demande de paiement au MSASLD. D'autres incidents de la part du même prestataire de services pourraient donner lieu à une enquête par l'Unité de vérification et d'enquête du MSASLD.

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; le Ministère n'a été avisé d'aucun cas de surfacturation ou d'imposition de frais modérateurs pendant la période de référence.
   - 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;
     - S.O.
   - 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).

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous.

- Audits réguliers de la facturation des praticiens.
- La *Loi sur l'assurance-maladie* interdit la surfacturation des services assurés 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 1ER AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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 : 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.	0 $
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.

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).**

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous.

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.

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous.

Pour l'exercice 2022–2023, 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 2022–2023, 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*.

Les services payants privés d'IRM et de TDM et leur formule unique du « deux pour un » ont permis de donner aux patients plus de possibilités d'accéder aux services d'IRM et de TDM et d'augmenter la capacité du système public, et ce, sans occasionner de coûts supplémentaires pour le système de santé ou le patient sur la liste d'attente publique qui reçoit l'examen en échange. Outre le fait d'augmenter la capacité du système public, grâce à l'accroissement des volumes en milieu hospitalier, des nouveaux appareils d'IRM et TDM ainsi que des volumes dans les contrats publics, ces examens financés par le secteur privé et les examens additionnels connexes contribuent à la gestion des temps d'attente en matière d'IRM et de TDM. Ils augmentent la capacité globale du système pour les cas moins complexes, libérant ainsi la capacité des hôpitaux à effectuer des examens plus complexes.

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.

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 1ER AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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 :	759 250 $
Montant des frais modérateurs perçus pour tous les autres services assurés : 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.	0 $
TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	759 250 $

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).**

Aux termes des articles 9, 11 et 12 de l'*Alberta Health Care Insurance Act* (AHCIA), la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs sont interdites. En vertu de l'article 3 de la *Health Facilities Act*, il est interdit d'accorder ou d'accepter un paiement, des services supplémentaires ou la prestation de services chirurgicaux non assurés dans le but d'obtenir en priorité des services chirurgicaux assurés.

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.

L'enquête et l'application de la conformité associées aux contraventions liées à la surfacturation et aux frais modérateurs peuvent nécessiter le travail de l'Unité de vérification et d'assurance de la conformité (Audit and Compliance Assurance Unit) et de l'Unité de gestion des réclamations (Claims Management Unit).

L'Unité de gestion des réclamations joue un rôle clé dans la détermination de la facturation appropriée par les médecins lors d'une rencontre avec un patient où un service assuré a été fourni et travaille avec les Albertains et leur médecin pour résoudre tout cas de surfacturation et d'imposition de frais modérateurs.

Les patients de l'Alberta qui ont des questions ou des préoccupations concernant la surfacturation ou les frais modérateurs peuvent s'adresser à Alberta Health. Les principaux mécanismes d'enquête ou de plainte sont les suivants :

- Communiquer avec les représentants du régime d'assurance-maladie de l'Alberta (AHCIP) par téléphone, par télécopieur, par courrier ou par courriel.
- Communiquer avec 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'équipe d'expertise opérationnelle (Business Expertise Team) de l'Unité de gestion des réclamations (Claims Management Unit) de la Direction générale des programmes d'assurance-maladie (Health Insurance Programs Branch).
- Demander un relevé des prestations versées en appelant la ligne téléphonique du Statement of Benefits Paid (SOBP). Il s'agit du relevé des services médicaux reçus par un patient pendant une période donnée pour lesquels des paiements ont été effectués par le AHCIP. Le relevé comprend les dates, les types généraux de services, le nom des médecins et les montants versés aux médecins. Dans l'éventualité où un résident observe sur son relevé des services de santé qu'il n'a pas reçus, il peut les mettre en évidence et retourner le SOBP à Alberta Health aux fins d'examen.
- De plus, si les fonctionnaires d'Alberta Health constatent des irrégularités dans la facturation au moment de traiter des demandes de paiement, ils peuvent amorcer une enquête.

L'Unité de vérification et d'assurance de la qualité (Audit and Compliance Unit – ACAU) enquêtera sur les plaintes individuelles liées à la surfacturation et aux frais modérateurs pour chaque plainte. Les plaintes sont reçues dans une boîte de courriel publique (mibranch@gov.ab.ca), examinées et suivies en conséquence. Si la plainte porte sur un seul exemple de réclamation ou sur l'imposition inappropriée de frais à un patient, l'ACAU la renverra à l'Unité de gestion des réclamations aux fins de suivi et d'enquête. Si la plainte est liée à une habitude ou à une pratique établie d'un médecin ou d'une clinique, l'ACAU fera un suivi direct. Le processus suivant s'harmonise avec les niveaux d'application de l'AHCIA (alinéa 9(2)a)). Une lettre demandant de plus amples renseignements concernant la pratique du médecin ou de la clinique est envoyée, afin de confirmer toute contravention potentielle. À la suite de cette lettre, une vérification ou un examen peut avoir lieu.

En réponse aux estimations antérieures de Santé Canada des frais directs des patients pour l'IRM, l'Alberta a continué d'accroître l'accès à l'IRM et la TDM financées par l'État, sans modifier la loi ni prendre d'autres mesures pour empêcher les fournisseurs de facturer directement ces services aux patients. Le montant des frais modérateurs perçus pour les services diagnostiques médicalement nécessaires provient de l'Enquête auprès des cliniques de soins de santé au Canada de Statistique Canada.

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.

Au cours de l'exercice 2022–2023, l'Unité de gestion des réclamations a répondu à une plainte de surfacturation déposée par un Albertain qui s'était vu facturer 460 $ pour un service médicalement nécessaire assuré en vertu de l'AHCIP. Le montant facturé par le médecin s'ajoutait aux demandes de règlement soumises et payées dans le cadre de l'AHCIP. Le médecin a remboursé au patient le montant supplémentaire facturé.

Aucune plainte n'a été reçue par l'ACAU concernant des services non assurés indiquant une facturation supplémentaire ou des frais modérateurs. Quatre plaintes ont été reçues au cours de cette période, mais toutes concernaient des services qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta (services dentaires et formulaires à remplir par un tiers). Aucune enquête n'a été menée par l'ACAU concernant spécifiquement la surfacturation et les frais modérateurs pour l'exercice 2022–2023.

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.

Les mécanismes de conformité et d'application de la loi sont décrits aux paragraphes 9(2), 9(2.1) et 11(3) et aux articles 12, 13 et 14 de l'AHCIA. Si un prestataire inscrit contrevient aux articles 9 ou 11, il recevra une lettre l'informant de son infraction, sera dirigé vers son ordre professionnel respectif et pourra voir son inscription au régime d'assurance-maladie de l'Alberta suspendue pour une période déterminée.

Dans le cas où un fournisseur inscrit a enfreint l'article 11, le ministre peut demander le recouvrement de ce montant dans une poursuite civile, il ne recevra pas de prestations pour les services assurés pertinents, le ministre peut recouvrer un montant supplémentaire aux prestations payées en retenant un montant des prestations futures payables, par voie de poursuite civile, ou en vertu d'une entente de remboursement.

Une contravention aux articles 9, 10, 11 ou 12 peut être considérée comme une infraction et une personne déclarée coupable d'une infraction est passible d'une amende de 10 000 $ pour la première infraction et de 20 000 $ pour la deuxième infraction et les suivantes.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1ER AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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) :	6 405 742 $
Cas jugés comme ne respectant pas l'injonction dans l'affaire Cambie (voir l'annexe B) :	1 372 $
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 (voir l'annexe C) : 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.	17 112 996 $
TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	23 520 110 $

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.

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).

En 2018, la Colombie-Britannique a mis en vigueur des dispositions en suspens de la *Medicare Protection Amendment Act* qui renforcent les interdictions de la MPA contre la facturation directe ou supplémentaire.

La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) 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 LCS 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).**

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous.

Direction des bénéficiaires et des services diagnostiques (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. 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. Les reportages des médias et d'autres sources éclairent aussi régulièrement les enquêtes.

Programme d'intégrité de la facturation, Direction de l'audit et des enquêtes (Billing Integrity Program, Audit and Investigations Branch)

Le ministère s'est engagé à faire preuve d'une transparence totale et continuera de travailler avec Santé Canada pour examiner les conclusions de la vérification au fur et à mesure que les travaux seront terminés. Le ministère participe à des réunions mensuelles pour discuter de la surfacturation et d'autres questions pertinentes, y compris les constatations des vérifications.

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 douze 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.

L'objectif des vérifications de la surfacturation des cliniques est de déterminer l'ampleur des frais facturés aux patients par les médecins et les cliniques privées pour les services de santé assurés en Colombie-Britannique. Pour ce faire, des vérifications des cliniques privées sont effectuées afin d'évaluer la conformité aux principes énoncés aux articles 18 et 19 de la LCS et, plus précisément, aux articles 17 et 18 de la MPA en ce qui a trait à la surfacturation.

L'objectif de ces audits est de surveiller et évaluer la conformité à la MPA et de contribuer à estimer avec précision l'ampleur de la surfacturation dans la province.

Le Ministère continue d'estimer la surfacturation en se fondant sur des données historiques. Les cas de surfacturation ainsi que les frais modérateurs perçus pour les services diagnostiques médicalement nécessaires sont signalés au Ministère. Ce dernier continue d'enquêter sur la surfacturation et les frais modérateurs au moyen de vérifications régulières, ainsi que de celles déclenchées par des plaintes de patients ou d'autres sources.

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 des enquêtes (p. ex. vérifications de la facturation des médecins, enquêtes déclenchées par les patients, vérifications de cliniques privées, conclusions de rapports d'une tierce partie, comme le vérificateur général);
     - Toutes les enquêtes déclenchées par des plaintes des patients
   - les cas confirmés et les montants de surfacturation et de frais modérateurs;
     - Les cinq cas confirmés de surfacturation avaient des valeurs en dollars de 3 000 $, 143,31 $, 200 $, 450 $ et 100 $. Valeur totale de 3 893 $ (avant les remboursements)
   - tout montant remboursé aux patients.
     - Le Ministère a réussi à obtenir un remboursement de 2 521 $ aux patients, ce qui laisse 1 372 $ en frais non réglés pour les patients.

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.

En octobre 2018, la Colombie-Britannique a mis en œuvre le reste des dispositions du projet de loi 92 *Medicare Protection Amendment Act* (2003) afin de pouvoir régler le problème de surfacturation et assurer la conformité de la Colombie-Britannique 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.

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 contrat 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 1ER AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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 :	50 $
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 : 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.	0 $
TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	50 $

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 tout l'espace requis ci-dessous.

Ni la *Loi sur l'assurance santé* ni la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* n'empêchent un médecin de facturer à la fois les soins de santé du Yukon et le patient.

b) **Les détails sur le processus d'enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. vérifications régulières proactives des factures des prestataires; enquêtes déclenchées à la suite de plaintes de patients, de reportages médiatiques ou autres sources).**

Veuillez utiliser tout l'espace requis ci-dessous.

Enquête réactive déclenchée par une plainte d'un patient concernant les frais modérateurs pour l'excision du chalazion facturés au client en plus des frais du régime d'assurance-maladie. Nous avons rencontré une médecin pour discuter des frais modérateurs et comprendre pourquoi ils étaient facturés en plus des services assurés. Elle a expliqué que les frais étaient dus au coût de l'équipement spécialisé utilisé.

c) Un résumé de toute enquête portant sur la surfacturation et les frais modérateurs au cours de l'exercice, notamment :

- le nombre d'enquêtes;
- la nature des enquêtes (p. ex. vérifications de la facturation des médecins, enquêtes déclenchées par les patients, vérifications de cliniques privées, conclusions de rapports d'une tierce partie, comme le vérificateur général);
- les cas confirmés et les montants de surfacturation et de frais modérateurs;
- tout montant remboursé aux patients.

Veuillez utiliser tout l'espace requis ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Une enquête déclenchée par un patient a confirmé un cas où des frais de facturation supplémentaires de 50 $ ont été facturés.

d) Des détails sur les mécanismes visant à décourager la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. amendes pour les prestataires fautifs, retenues des paiements au titre du régime, initiatives de sensibilisation des prestataires et des patients, perte de l'agrément de l'établissement).

Veuillez utiliser tout l'espace requis ci-dessous.

Le Yukon a déterminé qu'il s'agissait d'un sujet de préoccupation et examine actuellement les modifications réglementaires visant à empêcher les médecins du Yukon de facturer à la fois le régime et le patient pour les services assurés.

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 1ER AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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 : 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.	0 $
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.

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).**

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous.

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;
   - 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 tout l'espace requis ci-dessous.

---

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 tout l'espace requis ci-dessous.

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 1ER AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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 : 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.	0 $
TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	0 $

* Le Nunavut a fourni des réponses « NUL » à la section 3 du présent document.

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 de la mise à jour du Plan d'action de remboursement de Terre-Neuve-et-Labrador]

RAPPORT D'ÉTAPE – DÉCEMBRE 2025 PLAN D'ACTION DE REMBOURSEMENT DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Chirurgie de la cataracte

Résumé des mesures

À partir de la fin de 2017, le ministère de la Santé et des Services communautaires (HCS) a commencé à recevoir des appels de bénéficiaires du régime d'assurance maladie de Terre-Neuve-et-Labrador (MCP) concernant des frais imposés directement aux patients pour des chirurgies de la cataracte. En février 2018, HCS a publié un avis public et mis en place une ligne d'information sur la chirurgie de la cataracte afin d'identifier les bénéficiaires qui auraient pu se voir imposer des frais de manière inadéquate pour des services assurés.

Le 15 juin 2018, des modifications au *Medical Care Insurance Insured Services Regulations* ont été adoptées afin de préciser que « l'extraction et le remplacement médicalement nécessaires d'un cristallin cataracté, effectués par toute procédure, constituent un service assuré et doivent être réalisés dans un hôpital ou un établissement désigné par le lieutenant-gouverneur en conseil ».

À compter du 1er janvier 2019, HCS a adopté la lentille asphérique comme nouvelle norme pour la chirurgie de la cataracte, garantissant ainsi que les patients ne se verraient plus imposer de frais pour cette lentille lors de son implantation dans le cadre d'une intervention couverte par l'assurance.

En avril 2019, une entente modificative ajoutant l'annexe « O » au *Memorandum of Agreement 2013–2017* a été signée par HCS et l'Association médicale de Terre-Neuve-et-Labrador (NLMA). L'annexe « O » établit une entente concernant les honoraires pour les chirurgies de la cataracte réalisées dans des établissements désignés. En janvier 2021, deux établissements non hospitaliers ont été désignés pour offrir des chirurgies assurées de la cataracte; un troisième a été désigné en avril 2022.

En février 2020, un nouvel avis public a été publié pour présenter le processus de remboursement relatif aux chirurgies de la cataracte.

En 2022, HCS a mené un examen de l'allocation provinciale des chirurgies de la cataracte réalisées hors hôpital et de la Policy for the Provision of Cataract Surgery in Non-Hospital Designated Facilities. Cet examen incluait le calcul de la demande régionale totale prévue (Total Predicted Regional Demand – TPRD), l'analyse des listes d'attente, des normes nationales en matière de délais, ainsi que la conformité des établissements désignés à la politique.

À la suite de cet examen, le ministère a approuvé une augmentation de 3 300 interventions dans les plafonds régionaux pour les chirurgies de la cataracte en établissements désignés, du 1er octobre 2022 au 31 mars 2024 (18 mois : 1 100 interventions au second semestre 2022–2023 et 2 200 en 2023–2024). Le budget de 2023 a ajouté 1 500 interventions supplémentaires, portant le total des chirurgies en dehors du cadre hospitalier à 7 200 pour 2023–2024 (3 500 + 2 200 + 1 500).

En juillet 2024, HCS et la NLMA, au nom des trois établissements désignés non hospitaliers, ont négocié une entente visant à augmenter les 3 500 interventions prévues à l'annexe « O ». Une allocation annuelle supplémentaire de 3 200 interventions au même tarif d'établissement que l'annexe « O » et de 2 100 interventions à tarif réduit a été approuvée, portant le total annuel à 8 800 interventions.

Dans le cadre de cette entente, tous les établissements désignés non hospitaliers doivent désormais recevoir leurs patients par l'entremise du service provincial de gestion centralisée des demandes, et les plafonds de procédures ont été levés. Les ophtalmologistes ne peuvent plus maintenir leurs propres listes d'attente. Le service provincial de gestion centralisée est entré en fonction le 17 février 2025. Les modèles de gestion centralisée contribuent à réduire les délais et à améliorer l'accès. Les plafonds ont été retirés le 1er avril 2025. Le ministère prévoit qu'un financement accru des chirurgies hors hôpital améliorera également l'accès des patients aux interventions assurées.

Mesures correctives : remboursement des patients et enquêtes supplémentaires

À la suite de l'avis public de 2018, HCS a publié un nouvel avis le 20 février 2020 concernant le processus de remboursement. Une ligne téléphonique spéciale (1-844-957-1401) et une adresse courriel (cataract@gov.nl.ca) ont été mises en place. HCS a également communiqué directement avec les personnes ayant déjà contacté la ligne d'information de 2018. Dans le cadre du processus, HCS a examiné les renseignements fournis par de nouveaux patients qui n'avaient pas communiqué auparavant. HCS rapporte maintenant un total de 134 456,74 $ en frais imposés aux patients (133 806,74 $ en frais d'utilisation et 650 $ en surfacturation) pour 137 personnes, et 127 532,34 $ ont été remboursés à 130 personnes pour des interventions réalisées avant les modifications législatives du 15 juin 2018. Le total représente les honoraires professionnels pour les chirurgies de la cataracte, incluant un cas de surfacturation de 650 $. Certains patients n'étaient pas admissibles au remboursement, notamment lorsque l'intervention avait eu lieu après le 15 juin 2018 ou lorsque la documentation ne démontrait pas clairement qu'il s'agissait d'un service assuré.

Bien que la période de remboursement soit terminée, le processus d'examen demeure ouvert. HCS continue d'examiner les documents soumis et de signaler tout cas de frais imposés aux patients.

En 2025, HCS a reçu deux demandes de renseignements concernant les frais liés à des interventions ophtalmologiques. L'une d'elles comprenait des documents à examiner concernant des interventions sur les deux yeux réalisées plusieurs mois auparavant. Le patient a déclaré avoir dû débourser de l'argent pour une opération de la cataracte en raison d'un long délai d'attente à l'hôpital. Il s'est ensuite vu facturer 9 290 dollars pour deux « forfaits personnalisés de correction visuelle haut de gamme ». La facture détaillée présente une ventilation de ce montant en coûts liés aux lentilles non assurées, au système laser, aux diagnostics et traitements non assurés, à un plan d'amélioration au laser de 3 ans, ainsi qu'à un kit de lentilles réfractives postopératoires. Le retrait des lentilles naturelles n'a donné lieu à aucun frais. Il semble qu'un crédit (150 dollars) ait été appliqué pour le montant des « lentilles couvertes par le MCP ». Comme les années précédentes, la facture indiquait clairement que l'intervention n'était pas couverte par les régimes publics d'assurance maladie de Terre-Neuve-et-Labrador et qu'elle « n'était pas admissible au remboursement par le MCP ». La facture détaillée indiquait que le service était considéré comme une « amélioration de la vision » et que l'intervention avait pour but « d'obtenir le meilleur résultat réfractif

possible » et qu'elle ne « réduisait pas les délais d'attente pour la chirurgie ». Les détails de cette demande du patient seront inclus dans l'état financier des montants réels de surfacturation et de frais modérateurs 2025–2026.

Bien que HCS ait reçu des documents relatifs à une deuxième demande, on ignore si le patient a procédé au paiement des services proposés. Le patient a appelé à plusieurs reprises au cours de l'année 2025 pour savoir si les frais seraient remboursés s'il procédait à la chirurgie oculaire proposée. Il s'est entretenu avec des responsables à plusieurs reprises. Il a décrit une détérioration de sa vision au cours des dernières années liée à une cataracte. Il aurait été orienté vers la chirurgie par un autre ophtalmologiste. Les documents fournis par le patient indiquaient un devis total de 9 290 dollars pour les deux yeux pour une « correction visuelle personnalisée haut de gamme ». La facture et la facture détaillée étaient exactement les mêmes que celles fournies ci-dessus.

Mesures proactives : politique pour les nouveaux établissements désignés non hospitaliers

En 2020, HCS a élaboré une politique encadrant la prestation des chirurgies de la cataracte dans les établissements désignés non hospitaliers, la *Policy for the Provision of Cataract Surgery in Non-Hospital Designated Facilities* (updated in July 2024), (mise à jour en juillet 2024) (en anglais seulement), qui décrit les exigences et les attentes à l'égard de ces établissements. La section 14.1 précise que la surfacturation et les frais modérateurs sont interdits. Les ophtalmologistes doivent s'assurer que les patients comprennent que tous les services assurés sont offerts sans frais. Les établissements non hospitaliers désignés doivent fournir une liste détaillée des services facturés afin de garantir la clarté entre les services assurés et les services nonzassurés facturables. Les établissements non hospitaliers désignés doivent également afficher une fiche d'information à l'intention des patients dans des endroits visibles de leurs bureaux et les patients qui subissent une opération de la cataracte doivent également en recevoir une copie et la signer pour indiquer qu'ils en ont pris connaissance. HCS enquêtera sur toute plainte de patient concernant de la surfacturation ou des frais modérateurs présumés.

Le lieutenant-gouverneur en conseil a le pouvoir de suspendre ou d'annuler le statut d'établissement non hospitalier désigné si celui-ci ne se conforme pas à la politique.

Examens médicaux liés à l'âge pour les conducteurs

Résumé des mesures

En réponse au rapport de l'Office du défenseur des aînés (OSA), Long May Your Big Jib Draw, HCS, en collaboration avec la NLMA, a annoncé le 28 août 2023 que les examens médicaux des conducteurs liés à l'âge (DMEs) deviendraient des services assurés à compter du 1er avril 2023.

Le rapport de l'OSA indiquait que les frais imposés par les médecins variaient de 0 $ à 100 $, ce qui pouvait représenter un obstacle pour certains aînés. La capacité de conduire contribue à l'autonomie des personnes âgées.

Les DMEs sont assurés uniquement lorsqu'ils sont requis selon les critères d'âge établis par la Division de l'immatriculation des véhicules (MRD), soit à 75 ans, 80 ans, puis tous les deux ans après 80 ans, conformément à la section 4.3 du *National Safety Code* du CCMTA.

Des modifications législatives ont été apportées au Règlement sur les services assurés par l'assurance médicale (**Medical Care Insurance Insured Services Regulations**) afin d'inclure « les examens médicaux pour les personnes qui sont tenues de se soumettre à un examen médical en vertu du paragraphe 12(b) du Règlement de 1999 sur la sécurité routière (**Highway Traffic Driver Regulations, 1999**)» parmi les services assurés.

Le 25 août 2023, deux nouveaux codes de frais ont été ajoutés au barème des paiements médicaux du MCP. Un équipement médical durable (EMD) est facturable pour les services fournis dans les 90 jours précédant l'intervalle prescrit (c.-à-d. l'anniversaire). Éviter la surfacturation et les frais modérateurs a été un facteur important dans la détermination du tarif des EMD assurés avec la NLMA. Un bulletin d'information contenant les instructions de facturation pour les EMD assurés a été distribué à tous les médecins en août 2023. Ce bulletin d'information comprenait des dispositions pour les demandes de remboursement tardives afin d'éviter davantage les frais pour les patients.

Un programme de remboursement des examens médicaux des conducteurs (DMER) a été mis en place et communiqué au public par les médias et SeniorsNL en août 2023. L'objectif de ce programme était de rembourser les personnes âgées qui auraient payé des DME assurés entre le 1er avril 2023 et le 25 août 2023, date à laquelle les codes de frais pour ces services assurés ont été mis à la disposition des médecins pour la facturation. Le DMER permettait aux personnes âgées de demander (en fournissant une copie de leur reçu pour le DME) un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 dollars, soit le montant assuré.

Afin d'aider les personnes âgées dans le processus de remboursement, un numéro de téléphone et une adresse électronique spécifiques ont été mis en place. Du personnel a également été affecté à la supervision du programme DMER. Les appels et les courriels ont toujours reçu une réponse dans le délai prévu de trois (3) jours ouvrables.

Mesures correctives : collaboration pour sensibiliser les médecins

Lors de l'examen des demandes, certains reçus dépassaient 100 $.

HCS a collaboré avec la NLMA, MCP, l'autorité sanitaire et la MRD pour transmettre des messages clairs aux médecins. Une correspondance formelle a été envoyée à au moins un médecin.

Un rappel a été transmis à tous les médecins rémunérés à l'acte en novembre 2023.

Mesures proactives : surveillance continue du Programme DMER

HCS continue d'administrer le programme et de rembourser les patients. De janvier au 25 novembre 2025, HCS a reçu 143 demandes de remboursement. Deux d'entre elles dépassaient 100 $, totalisant 55 $ en surfacturation. Au total, 127 892,65 $ ont été remboursés aux patients pour des DMEs assurés.

[Voici le texte de la mise à jour du Plan d'action de remboursement de la Nouvelle-Écosse]

MISE À JOUR DU PLAN D'ACTION DE REMBOURSEMENT DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE (JANVIER–DÉCEMBRE 2025)

La Nouvelle-Écosse poursuit l'expansion de l'accès aux services diagnostiques au sein du système public dans le cadre d'une stratégie quinquennale visant à améliorer la qualité, la sécurité et l'accès, notamment par des investissements dans l'infrastructure, la main-d'œuvre en santé et l'optimisation des processus.

Quatre nouveaux appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ont été ajoutés au système, dont un appareil mobile pouvant être déplacé entre différents établissements (une première dans les provinces de l'Atlantique) et deux unités d'IRM de pointe offrant une imagerie plus rapide et plus détaillée, permettant ainsi d'augmenter le nombre de patients vus quotidiennement.

Parallèlement, la Nouvelle-Écosse travaille à assurer un effectif adéquat pour les services diagnostiques grâce à l'augmentation du nombre de places de formation, à des mesures de recrutement et de maintien en poste, ainsi qu'à un contrat visant à faire appel à des technologues en imagerie diagnostique pour réduire les arriérés. Des améliorations aux processus – comme la simplification du report de rendez-vous pour réduire les absences et l'ajout de disponibilités en soirée et la fin de semaine – ont également accru la productivité.

Le budget de la Nouvelle-Écosse 2025–2026 prévoit 15,3 millions de dollars pour l'équipement d'imagerie diagnostique dans l'ensemble de la province.

En 2024, l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse a conclu une entente de cinq ans d'une valeur de 7,6 millions de dollars avec HealthView Medical Imaging pour offrir des examens d'IRM et d'échographie financés par le secteur public, afin d'améliorer l'accès et d'éliminer la surfacturation et les frais d'utilisation imposés aux patients. L'objectif de cette entente était de fournir au moins 1 500 examens d'IRM et 1 000 échographies supplémentaires chaque année. Les données actuelles indiquent que ces cibles sont dépassées :

- IRM réalisées à HealthView Medical Imaging, janvier – décembre 2025 : 2 978
- Échographies réalisées à HealthView Medical Imaging, janvier – décembre 2025 : 1 466

La Nouvelle-Écosse n'a reçu aucune plainte de patients concernant de la surfacturation ou des frais modérateurs durant la période de déclaration 2024–2025.

[Voici le texte de la mise à jour du Plan d'action de remboursement du Nouveau-Brunswick]

PLAN D'ACTION DE REMBOURSEMENT RELATIF AUX AVORTEMENTS DU NOUVEAU-BRUNSWICK (2023–2024)[1]

Contexte

Au Nouveau-Brunswick, les patientes ayant besoin d'un avortement chirurgical médicalement nécessaire faisaient face à des obstacles financiers en raison du Règlement 84-20 pris en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*. Ce règlement ne couvrait que les avortements pratiqués dans certains hôpitaux (régional Chaleur, Moncton et Dr-Georges-L.-Dumont) et excluait les cliniques privées, notamment la Clinic 554. Par conséquent, les patientes qui se tournaient vers des cliniques privées devaient payer de leur poche, ce qui créait des barrières financières importantes, particulièrement pour celles qui n'avaient pas les moyens d'assumer ces coûts.

Avant les modifications, l'alinéa (a.1) de l'annexe 2 du Règlement 84-20 stipulait que les avortements n'étaient couverts que s'ils étaient effectués dans un établissement hospitalier approuvé de la province. Les interventions réalisées dans une clinique privée n'étaient donc pas considérées comme des services assurés dans le cadre du régime provincial d'assurance-maladie.

Enquête et production de rapports

Comme la Clinique 554 est maintenant fermée et que la province ne recueille pas de données financières auprès des cliniques privées, le Nouveau-Brunswick n'est pas en mesure de fournir des renseignements précis sur les frais imposés aux patientes pour les services qui y étaient offerts. Le Nouveau-Brunswick utilisera plutôt les données de l'Enquête sur les avortements provoqués au Canada, compilées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui incluent les services fournis à la Clinique 554 avant sa fermeture. Ces données seront transmises à Santé Canada en précisant qu'elles reflètent des services antérieurs à la fermeture de la clinique.

Mesures correctives

Le 7 novembre 2024, le Nouveau-Brunswick a élargi la couverture des services d'avortement chirurgical en abrogeant l'alinéa (a.1) de l'annexe 2 du Règlement 84-20. Ce changement permet désormais le remboursement des avortements chirurgicaux effectués dans des cliniques privées dans le cadre du régime provincial d'assurance-maladie, éliminant ainsi les frais directs pour les patientes.

[1] Les mesures correctives décrites dans les états financiers relatifs à la surfacturation et aux frais modérateurs datés du 24 janvier 2025 (le présent document), pour la période allant du 1er avril 2022 au 31 mars 2023, restent inchangées. Ces mesures continuent de s'appliquer à la période actuelle et aux états financiers présentés pour la période allant du 1er avril 2023 au 31 mars 2024. Aucuns frais n'ont été imposés aux patients depuis que le Nouveau-Brunswick a modifié le règlement 84-20.

À l'automne 2022, des modifications ont été apportées à la *Loi sur les régies régionales de la santé*, à la *Loi sur le paiement des services médicaux* et aux règlements connexes afin de permettre la prestation de services chirurgicaux assurés à l'extérieur des hôpitaux. La *Loi sur les établissements de santé*, adoptée en 2023, établit les règles applicables aux établissements chirurgicaux publics, notamment les exigences relatives aux ententes avec les régies régionales de la santé, à l'approbation ministérielle et à l'agrément.

Le ministère de la Santé poursuivra sa collaboration avec les partenaires afin de déterminer les modalités de prestation de ces services dans la communauté.

Conclusion

Ces changements sont conformes à la *Loi canadienne sur la santé* et permettront au Nouveau-Brunswick d'être admissible au remboursement des déductions effectuées au titre du Transfert canadien en matière de santé. Le régime d'assurance-maladie couvrira désormais entièrement les avortements médicalement nécessaires, qu'ils soient pratiqués dans un hôpital ou dans un établissement de santé. Les efforts futurs viseront à améliorer la prestation des services et à accroître l'accès aux services d'avortement dans l'ensemble de la province.

[Voici le texte de la mise à jour du Plan d'action de remboursement de l'Ontario]

MISE À JOUR DU PLAN D'ACTION DE REMBOURSEMENT DE L'ONTARIO – JANVIER 2026

Comme indiqué dans la lettre du sous-ministre, Santé Canada estimait auparavant qu'il y avait des cas de surfacturation et de frais modérateurs dans cinq cliniques communautaires offrant des services d'avortement. Depuis 2017, le ministère a mené dix examens proactifs de ces cliniques, dont le plus récent s'est conclu en 2022. L'une de ces cliniques a depuis cessé ses activités.

À la demande du ministère, les quatre cliniques restantes ont mis à jour leurs documents destinés aux patientes afin d'indiquer clairement que les personnes assurées peuvent accéder aux services d'avortement sans avoir à payer de frais. Le ministère n'a observé aucun frais imposé aux patientes depuis ces mises à jour, et aucun cas de surfacturation ou de frais modérateurs lié à ces cliniques n'a été signalé dans le rapport sur la surfacturation et les frais modérateurs de l'exercice 2023–2024.

Nous espérons que cette mise à jour appuie la position du ministère selon laquelle cette question est désormais résolue.

[Voici le texte du Plan d'action de remboursement du Manitoba de février 2026]

MISE À JOUR DE L'ÉTAT D'AVANCEMENT DE FÉVRIER 2026 DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION DU MANITOBA EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT

Ce document résume les efforts déployés par le Manitoba pour éliminer les frais imposés aux patients pour les services diagnostiques médicalement nécessaires.

Contexte

- La Direction des services assurés du ministère de la Santé, des Aînés et des Soins de longue durée du Manitoba (MSASLD) répond aux préoccupations des citoyens qui se voient imposer des frais pour un service médical qui, selon eux, aurait dû être une prestation assurée et ne pas être facturée au patient.
- Au cours de l'exercice 2023–2024, le MSASLD n'a reçu aucune plainte ou n'a eu connaissance d'aucune préoccupation de la part du public concernant la surfacturation ou les frais modérateurs.

Enquête et rapport

- Si un résident du Manitoba estime qu'il s'est vu imposer des frais inappropriés pour un service assuré par le régime provincial d'assurance-santé (c.-à-d. 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.
- En vertu de l'article 2 du Règlement sur les demandes de renseignements, pris en application de la Loi sur l'assurance-maladie (LAM), le ministre de la Santé peut demander les dossiers de facturation et les dossiers financiers d'un praticien qui a présenté une demande de remboursement pour des services fournis à des personnes assurées.
- Le praticien dispose de 60 jours pour se conformer à la demande du ministre de la Santé.

Mesures correctives prises et suivi de la conformité

- La Direction des services assurées du MSASLD examine les détails des frais imposés aux patients afin de déterminer si le service fourni était un service assuré.
- S'il est établi que des frais ont été imposés pouvant 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 le texte du Plan d'action de remboursement de l'Alberta]

PLAN D'ACTION DE REMBOURSEMENT DE L'ALBERTA

Toute personne qui soupçonne une facturation inadéquate est encouragée à soumettre une plainte aux Services de santé primaires et préventifs (Primary and Preventive Health Services – PPHS) par courriel à mibranch@gov.ab.ca ou health.ahcipmail@gov.ab.ca.

Les plaintes concernant une facturation potentiellement inappropriée sont examinées et évaluées afin de déterminer toute non-conformité à la *Alberta Health Care Insurance Act*, y compris les interdictions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs.

Pour l'exercice 2023–2024, trois cas de surfacturation ont été identifiés à la suite de plaintes soumises par des Albertains. Après examen et suivi par PPHS, deux cas ont mené au remboursement des patients par les médecins concernés, tandis que dans un cas impliquant des frais de 30 $, il n'a pas été possible de confirmer le remboursement.

PPHS poursuit la mise en œuvre de son Plan d'action de remboursement en réponse à la directive de Santé Canada selon laquelle, lorsque des frais ont été imposés aux patients durant la période de déclaration 2023–2024, l'admissibilité au remboursement des déductions effectuées au titre du Transfert canadien en matière de santé dépend de la démonstration de progrès continus et actuels visant à éliminer les frais imposés aux patients pour les services diagnostiques médicalement nécessaires.

À l'échelle provinciale, le gouvernement de l'Alberta continue d'investir dans l'imagerie diagnostique (ID). PPHS a alloué 56 millions de dollars en financement d'immobilisations pour le remplacement et l'expansion de l'équipement d'ID dans la province. En 2025–2026, ce financement soutiendra le renouvellement de 48 appareils majeurs.

Dans le cadre de l'Accord bilatéral Canada–Alberta Travailler ensemble, l'Alberta s'est engagée à augmenter de 3 % les volumes d'IRM et de TDM par rapport aux niveaux de 2022–2023, pour atteindre 743 515 examens prévus. À ce jour, l'Alberta est en voie d'atteindre une augmentation de 32,6 % des volumes d'examens par rapport à 2022–2023, dépassant largement l'objectif initial de 15 %.

PPHS demeure déterminé à assurer un système de santé public accessible, en explorant des options pour améliorer l'accès aux services d'ID médicalement nécessaires tout en mettant en œuvre la nouvelle stratégie provinciale de prestation des soins de santé et en soutenant la conformité à la *Loi canadienne sur la santé*. Nous prévoyons poursuivre les échanges avec Santé Canada concernant la conformité à la Loi dans le cadre de la nouvelle politique sur les services de santé.

[Voici le texte de la mise à jour du Plan d'action de remboursement de la Colombie-Britannique]

PLAN D'ACTION DE REMBOURSEMENT DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE – MISE À JOUR DE DÉCEMBRE 2025

Conformément aux articles 18 et 19 de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), la province de la Colombie-Britannique soumet la mise à jour de décembre 2025 relative à son Plan d'action de remboursement concernant la surfacturation.

Cette mise à jour témoigne de l'engagement continu de la C.-B. à respecter les principes de la LCS dans un contexte en constante évolution et marqué par des défis importants. Le présent rapport est soumis avec l'espoir réitéré que des mesures soient prises en vertu de la Politique fédérale de remboursement afin de rembourser à la C.-B. l'ensemble des pénalités pour surfacturation imposées à ce jour, y compris toute pénalité pouvant découler du dépôt lié aux pratiques en vigueur en 2023–2024.

Le litige historique opposant Cambie Surgeries Corporation (Cambie) au gouvernement provincial a pris fin au début de l'exercice 2023–2024, lorsque, le 6 avril 2023, la Cour suprême du Canada a refusé d'accorder l'autorisation d'appel à Cambie. Cette issue favorable, obtenue après deux niveaux de tribunaux provinciaux et la Cour suprême du Canada, illustre les efforts considérables et les ressources importantes que la C.-B. a consacrés à la défense des valeurs de son système de santé public.

Depuis, le ministère de la Santé (le Ministère) et la Commission des services médicaux (la Commission) ont continué de faire respecter les principes de la *Medicare Protection Act* (MPA) de la C.-B. et de la LCS. Notamment, en 2025, le Ministère a collaboré avec la Commission pour mettre en œuvre l'article 21 de la MPA, qui renforce les interdictions de surfacturation en conférant à la Commission le pouvoir de rembourser les dettes de surfacturation aux bénéficiaires du Medical Services Plan (MSP) et de recouvrer ces montants auprès des professionnels de la santé concernés.

Il est important de souligner que, durant l'exercice 2023–2024, la province a pris toutes les mesures raisonnables pour faire respecter les dispositions de la MPA et les principes de la LCS.

Contexte

En octobre 2018, la C.-B. a mis en vigueur les dispositions restantes du *Medicare Protection Amendment Act* (projet de loi 92, 2003) afin de renforcer sa capacité à répondre à la surfacturation et d'assurer sa conformité à la LCS.

Les principales modifications apportées à la MPA par le projet de loi 92 comprennent :

- Des dispositions créant des infractions pour les praticiens ou cliniques contrevenant à la MPA par surfacturation, assorties d'amendes pouvant atteindre 10 000 $ pour une première infraction et 20 000 $ pour les infractions subséquentes.
- Le pouvoir pour la Commission d'annuler l'inscription d'un praticien au MSP pour « motif valable ».

- Le droit pour un bénéficiaire (ou la personne ayant payé le service) d'obtenir un remboursement pour tout montant payé en contravention des dispositions relatives à la surfacturation.
- Le pouvoir pour la Commission de :
  - Rembourser un bénéficiaire (ou la personne ayant payé un service assuré) en échange de la cession de la créance découlant de la surfacturation;
  - Recouvrer la dette auprès du praticien ayant facturé de manière inadéquate.
- La clarification des limites générales sur la surfacturation par les praticiens inscrits au MSP.
- L'élargissement des limites applicables aux praticiens non inscrits au MSP.

Depuis 2025, la Commission a opérationnalisé l'article 21 de la MPA. Cet article renforce davantage les dispositions relatives à la surfacturation en permettant à la Commission de rembourser toute personne ayant payé des frais jugés constitutifs de surfacturation à un médecin, une clinique privée ou une société. En contrepartie, la Commission peut assumer la créance et la recouvrer auprès du débiteur.

Sensibilisation du public

Le Ministère met à la disposition des patients une description des prestations et un lien vers les renseignements sur la surfacturation à l'adresse : http://www.gov.bc.ca/MSP/BC residents benefits (en anglais seulement).

Le Ministère fournit également une description de la surfacturation et un formulaire permettant aux patients de demander une enquête s'ils croient avoir été victimes de surfacturation : http://www.gov.bc.ca/MSP/BC residents benefits/additional charges (en anglais seulement).

Des liens vers ces renseignements sont aussi disponibles dans les sections :

- Services couverts par le MSP: https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/health-drug-coverage/msp/bc-residents/benefits/services-covered-by-msp (en anglais seulement)..

Services non couverts par le MSP : https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/health-drug-coverage/msp/bc-residents/benefits/services-not-covered-by-msp (en anglais seulement).

Les Britanno-Colombiens ont le droit de s'attendre à ne pas être tenus de débourser d'argent pour des services assurés.

Cette stratégie de communication s'est révélée efficace pour réduire la fréquence de la surfacturation grâce à l'éducation et à la sensibilisation. Le Ministère reçoit régulièrement des signalements du public concernant des médecins, cliniques ou entreprises susceptibles de pratiquer la surfacturation. Le Ministère surveille les demandes des patients et met à jour l'information publique au besoin.

Information destinée aux médecins et aux cliniques

Les sections du site Web du gouvernement de la C.-B. destinées aux praticiens comprennent des renseignements sur la facturation, visant à :

- sensibiliser les médecins à l'information communiquée aux patients concernant les pratiques de facturation appropriées et inappropriées;
- aider les médecins à mieux comprendre les attentes des patients en matière de facturation.

La Commission a clarifié l'information en ligne concernant le statut d'inscription des médecins au MSP : https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/msp/physicians/physician-enrollment-status (en anglais seulement). Cette information explique les implications d'une désinscription pour les médecins et leurs patients.

Les médecins ont également été informés, par l'entremise de Doctors of BC, de la mise en œuvre de l'article 21 de la MPA.

Politique fédérale des services diagnostiques

Le 1er avril 2020, la Politique fédérale des services diagnostiques (PSD) est entrée en vigueur, précisant que les services diagnostiques médicalement nécessaires, quel que soit le lieu où ils sont fournis, sont considérés comme des services assurés en vertu de la LCS et doivent être couverts par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie.

Les services diagnostiques médicalement nécessaires comprennent notamment l'IRM, la tomodensitométrie (CT), l'échographie et l'échocardiographie. Par conséquent, tout frais imposé aux patients pour ces services doit être inclus dans le rapport annuel sur la surfacturation et les frais modérateurs soumis à Santé Canada.

La C.-B. attend une décision concernant la mise en œuvre de l'article 18.1 de la MPA et pourrait soumettre une mise à jour supplémentaire à Santé Canada une fois cette décision rendue.

La mise en œuvre de l'article 18.1 élargirait l'interdiction actuelle visant les installations diagnostiques approuvées afin d'inclure celles qui ne sont pas approuvées par la Commission, interdisant ainsi presque tous les frais imposés aux bénéficiaires pour des services diagnostiques médicalement nécessaires.

Commission des services médicaux – Conformité et surveillance

Au nom de la Commission, le Ministère traite les plaintes des patients et enquête sur les allégations de surfacturation. Lorsque possible, le Ministère cherche à résoudre les plaintes par la communication et l'éducation auprès des médecins. En 2023–2024, quatre plaintes ont été jugées susceptibles d'impliquer de la surfacturation.

Le Ministère et la Commission poursuivent leur collaboration pour faire respecter la MPA et assurer l'efficacité des processus visant à protéger les patients contre la surfacturation.

Parmi les réussites, on compte deux injonctions déposées en 2022–2023 contre des cliniques privées (TELUS Health et Harrison Healthcare Inc.), qui ont été résolues durant la période de déclaration 2023–2024.

La Commission est également consciente de l'existence d'entités offrant des « services groupés », c'est-à-dire des frais mensuels ou annuels pour des services de santé, souvent combinés à des services complémentaires (p. ex. diététique, kinésiologie). La participation de médecins à ces programmes payants soulève des préoccupations quant à l'accès accéléré à des services assurés.

La Commission poursuit ses échanges avec les entités connues ou nouvelles portées à son attention par le biais de renvois et d'enquêtes. Il s'agit notamment de sociétés, de cliniques de soins de santé traditionnelles et de praticiens indépendants. Ces communications ont donné lieu à divers résultats, allant de mesures immédiates pour se conformer à la MPA à des litiges (et communications) continus concernant l'interprétation des frais.

Le 1er décembre 2022, la Commission a déposé une requête auprès de la Cour suprême de la Colombie-Britannique afin d'obtenir une injonction contre TELUS Health, alléguant que cette dernière facturait le programme TELUS Health LifePlus en violation de la MPA. En avril 2023, TELUS Health a démontré à la satisfaction de la Commission qu'elle apporterait les modifications nécessaires au programme LifePlus afin de se conformer à la MPA.

Le 1er février 2023, la Commission a déposé une requête auprès de la Cour suprême de la Colombie-Britannique afin d'obtenir une injonction contre Harrison Healthcare Inc. et Harrison Healthcare (B.C.) Inc., alléguant que ces sociétés facturaient des services contrairement à la MPA. Ce litige était toujours en cours à la fin de l'année 2023, mais il a été réglé peu après, Harrison Healthcare ayant apporté les modifications nécessaires pour se conformer à la MPA.

La Commission poursuit son suivi auprès des deux sociétés susmentionnées afin de s'assurer du respect des accords de règlement.

Contrats chirurgicaux des autorités sanitaires

La C.-B. a réussi à réduire la surfacturation grâce à des contrats gouvernementaux avec des cliniques privées. La Colombie-Britannique s'est engagée à réduire la surfacturation et les frais modérateurs dans la province afin d'améliorer les soins de santé publics.

En 2023–2024, les autorités sanitaires ont passé des contrats avec sept établissements pour la réalisation d'interventions chirurgicales. Tous les centres chirurgicaux privés qui ont conclu des contrats avec les autorités sanitaires doivent être accrédités par le programme d'accréditation des établissements médicaux et chirurgicaux non hospitaliers (NHMSFAP) du Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique (CPSBC) et doivent être approuvés par la Commission pour facturer le MSP pour les interventions chirurgicales financées par les fonds publics.

Le Ministère a publié une lettre le 13 septembre 2018 informant toutes les autorités sanitaires de ses attentes (« lettre d'attentes ») concernant la conclusion de contrats avec des cliniques privées pour la prestation de services médicaux. Cette lettre d'attentes exigeait notamment que toutes les autorités sanitaires modifient leurs contrats actuels de services chirurgicaux avec les cliniques privées afin d'y

inclure des clauses de résiliation en cas de surfacturation. Conformément aux contrats modifiés, les médecins et les cliniques ont été tenus de signer des déclarations de conformité. La déclaration de conformité destinée aux médecins exige que ceux-ci reconnaissent les clauses de résiliation du contrat entre l'autorité sanitaire et leur clinique en cas de surfacturation. Ces clauses s'appliquent aux services fournis par le médecin dans le cadre du contrat (services assurés par le MSP), ainsi qu'aux services fournis par le médecin dans des cliniques ne faisant pas partie du contrat (ces derniers incluent les services assurés par le MSP fournis à la clinique).

Les médecins ne peuvent fournir des services chirurgicaux contractuels qu'une fois la déclaration de conformité signée. La lettre d'attentes et les déclarations de conformité ont été révisées à la suite de l'injonction rendue le 23 novembre 2018 par la Cour suprême de la Colombie-Britannique interdisant l'application des dispositions relatives à la surfacturation (articles 17, 18 et 45 de la MPA).

Actuellement, les autorités régionales de santé de la Colombie-Britannique surveillent les contrats chirurgicaux afin de s'assurer qu'ils respectent toutes les dispositions. Depuis leur mise en œuvre en septembre 2018, aucun contrat conclu entre une autorité sanitaire et une clinique chirurgicale privée n'a été résilié pour des raisons de performance ou de conformité. Le Ministère est convaincu que les médecins et les autorités sanitaires respectent les accords conclus.

Dans l'ensemble, le Ministère considère que la dynamique productive qui existe actuellement entre les autorités sanitaires et les cliniques (qui fournissaient auparavant des services privés) démontre l'intérêt d'un accord contractuel visant à réintégrer les services chirurgicaux privés dans le système public. Cette approche élimine les pratiques de facturation supplémentaire tout en renforçant la capacité du système de santé public à fournir les soins nécessaires aux patients. Voir la section de la stratégie chirurgicale de la Colombie-Britannique ci-dessous pour obtenir des données sur le nombre d'interventions chirurgicales réalisées dans le cadre de contrats conclus entre les autorités sanitaires et des cliniques privées.

En 2023–2024, les autorités sanitaires avaient conclu des contrats pour la réalisation d'interventions chirurgicales avec les établissements suivants :

- Fraser Health Authority (FHA)
  - False Creek Healthcare Centre
  - New Westminster Surgical Centre
  - Valley Surgery Centre
- Interior Health Authority (IHA)
  - Kamloops Surgical Centre
  - Okanagan Health Surgical Centre
- Provincial Health Services Authority (PHSA)
  - Anesthesia for Dentistry Clinic

- Vancouver Coastal Health Authority (VCHA)
  - Lasik MD Vancouver Hornby
  - New Westminster Surgical Centre
  - False Creek Healthcare Centre

En avril 2022, la province a fait l'acquisition du View Royal Surgical Centre et du Seafield Surgical Centre. En mai 2023, Northern Health a acquis le bail et l'équipement du Prince George Surgery Centre.

Pour l'exercice 2023–2024, la Colombie-Britannique confirme que le False Creek Healthcare Centre a conclu des contrats avec deux autorités sanitaires, d'une valeur totale de 5,46 millions de dollars :

- VCHA 2,99 millions de dollars
- FHA – 2,46 millions de dollars

Le montant total versé par les autorités sanitaires en 2023–2024 aux cliniques privées pour les services de soins actifs s'élevait à 20,94 millions de dollars, soit 0,13 % des 15,6 milliards de dollars que les autorités sanitaires ont déclaré avoir dépensé en soins actifs au cours de la même période[2].

Stratégie de renouvellement chirurgical de la C.-B.

Le 7 mai 2020, la province a annoncé son engagement envers le programme Surgical Renewal, 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 pandémie de COVID-19. Sur ce montant, environ 187,5 millions de dollars ont été alloués au renforcement des capacités chirurgicales, notamment au personnel infirmier supplémentaire et aux coûts des salles d'opération.

En dehors des investissements dans le renouvellement chirurgical, le budget 2022 comprenait un financement supplémentaire de 303 millions de dollars sur les trois prochaines années afin de poursuivre la stratégie visant à réduire les listes d'attente pour les interventions chirurgicales et l'imagerie diagnostique[3].

Au cours de la quatrième année du programme de renouvellement chirurgical (exercice 2023–2024), 365 825[4] interventions chirurgicales programmées et non programmées ont été réalisées en Colombie-Britannique, soit une augmentation de 4,3 % par rapport à 2022–2023 (troisième année du programme Surgical Renewal) et une augmentation de 9 % par rapport aux années 2019–2020, avant la pandémie.

La clé pour remplir le mandat ci-dessus est de maximiser la capacité chirurgicale. En Colombie-Britannique, comme dans d'autres provinces, cela inclut les centres chirurgicaux privés. La conclusion de contrats avec ces

[2] États financiers vérifiés des autorités sanitaires pour 2023–2024.

[3] Budget et plan fiscal 2022–2023 – 2024–2025.

[4] https://news.gov.bc.ca/files/SRC_YearEnd_Progress_Report_2023_24.pdf.

centres augmente l'accès financé par les fonds publics pour les patients dont les interventions chirurgicales ambulatoires peuvent être effectuées de manière sûre et efficace dans la communauté, laissant ainsi la capacité de nos hôpitaux pour des chirurgies et des interventions plus complexes. Dans le cadre d'accords contractuels avec des cliniques de la province, 11 454 interventions chirurgicales ont été réalisées en 2023–2024, contre :

- 13 021 interventions chirurgicales en 2022–2023;
- 16 777 interventions chirurgicales en 2021–2022;
- 13 862 interventions chirurgicales en 2020–2021;
- 12 336 interventions chirurgicales en 2019–2020.

Ces baisses du volume des interventions chirurgicales en 2022–2023 et 2023–2024 sont liées à la fin d'un contrat et à l'achat de trois cliniques chirurgicales privées par les autorités sanitaires de la Colombie-Britannique.

Ces ajouts au contrat devraient éliminer un équivalent approximatif en facturation privée. Grâce à ces contrats, les autorités sanitaires sont passées de contrats à court terme à des contrats pluriannuels (tout en conservant des clauses de résiliation en cas de facturation supplémentaire). La stabilité de ces contrats permettra de maintenir de manière durable l'ancienne capacité privée dans le système public.

En plus de ces mesures, la Colombie-Britannique s'engage à augmenter la capacité du système public au sein des autorités sanitaires. Cela comprend l'ouverture de nouvelles salles d'opération et l'extension des heures d'ouverture dans nos hôpitaux. En 2023–2024, les salles d'opération ont fonctionné 21 516[5] heures de plus qu'en 2022–2023, 48 393[6] heures de plus qu'en 2021–2022, 65 734[7] heures de plus qu'en 2020–2021[8] et 51 689[9] heures de plus qu'en 2019–2020. L'achat du Prince George Surgery Centre a permis à la NHA de réaliser 1 512 interventions chirurgicales supplémentaires.

Grâce à l'achat de cliniques privées et à la négociation de contrats avec celles-ci pour fournir des services aux bénéficiaires assurés par le MSP au lieu d'imposer de la surfacturation pour les mêmes services, la Colombie-Britannique continue de démontrer son engagement à lutter contre la surfacturation aux patients, telle que définie dans la LCS.

---

5 Source : AnalysisWorks - Suivi des activités chirurgicales par HA - 02e - Heures d'opération - MOH - Exercice 2324 P13 - v01 (Urgent 4 semaines), Suivi des activités chirurgicales par HA - 02ez - Heures d'opération - MOH - Exercice 2223 P13 - v02 (Urgent 4 semaines)

6 Source : AnalysisWorks - Ministère de la Santé - Nombre total d'heures en salle d'opération par autorité sanitaire et urgence - Exercices 2016–2017 à 2021–2022 - V01a

7 Source : AnalysisWorks - Ministère de la Santé - Nombre total d'heures en salle d'opération par autorité sanitaire et urgence - Exercices 2016–2017 à 2021–2022 - V01a

8 Source : AnalysisWorks - Ministère de la Santé - Nombre total d'heures en salle d'opération par autorité sanitaire et urgence - Exercices 2016–2017 à 2021–2022 - V01a

9 Source : AnalysisWorks - Surveillance de l'activité chirurgicale par HA - 02e - Heures d'opération - MOH - Exercice 2324 P13 - v01 (Urgent 4 semaines).

Contrats d'endoscopie gastro-intestinale

En 2023–2024, deux établissements ont été mandatés par les autorités sanitaires pour réaliser des procédures d'endoscopie gastro-intestinale :

- New Westminster Surgical Centre (FHA).
- GI Research Institute (VCHA).

À l'instar des contrats chirurgicaux conclus avec les autorités sanitaires, tous les centres chirurgicaux gastro-intestinaux privés qui ont conclu des contrats avec les autorités sanitaires doivent être accrédités par le NHMSFAP auprès du CPSBC et doivent également être approuvés par la Commission pour facturer le MSP pour les chirurgies financées par les fonds publics.

En 2023–2024, un total de 5 761 coloscopies et autres procédures d'endoscopie gastro-intestinale ont été réalisées dans des centres chirurgicaux privés sans frais pour les patients. À titre de comparaison, 10 101 procédures ont été réalisées dans des centres privés en 2021–2022 et 7 672 en 2020–2021. La diminution du volume en 2023–2024 est liée à l'achat du View Royal Surgical Centre par l'autorité sanitaire de l'île en 2022.

Volumes d'imagerie médicale

En 2023–2024, les autorités sanitaires de la Colombie-Britannique ont réalisé 322 043 examens IRM et 994 073 examens TDM. Cela représente 69 516 examens IRM et 188 489 examens TDM de plus par rapport aux volumes enregistrés avant la pandémie au cours de l'exercice 2019–2020. Malgré l'augmentation des volumes d'une année sur l'autre, la demande en imagerie a allongé la liste d'attente des patients. À la fin de la période 7, en 2025–2026, on estime à 109 485 le nombre d'examens en attente d'IRM et à 100 072 le nombre d'examens en attente de TDM.

Équipement d'imagerie

La Colombie-Britannique exploite actuellement 46 appareils d'IRM, 75 appareils de TDM et quatre appareils de TEP-TDM dans toute la province. Cela représente 8,1 appareils d'IRM et 13,2 appareils de TDM par million d'habitants en 2024, ce qui est inférieur aux moyennes canadiennes de 2023, qui étaient de 10,8 appareils d'IRM et 14,0 appareils de TDM par million d'habitants, et bien inférieur aux moyennes de l'Organisation de coopération et de développement économiques, qui étaient de 19,4 appareils d'IRM et 29,9 appareils de TDM par million d'habitants.

Les principaux objectifs du bureau provincial d'imagerie médicale sont d'élaborer des indicateurs clés pour suivre les améliorations du système en matière d'accès et de délais d'attente, de collaborer avec les autorités sanitaires régionales à l'élaboration d'un cadre de priorités en matière d'investissements en capital, de soutenir la numérisation des processus de gestion des demandes par les autorités sanitaires régionales et d'élaborer une feuille de route pour l'imagerie médicale en Colombie-Britannique afin d'améliorer l'accès aux services d'imagerie médicale publics.

Des investissements importants sont nécessaires pour remédier à la pénurie d'équipements d'imagerie, car la nécessité de remplacer les équipements vieillissants au-delà de leur cycle de vie de 15 ans continue d'être envisagée. Un autre impact est la nécessité de remédier à la pénurie de radiologues et de technologues en imagerie pour plusieurs modalités d'imagerie (p. ex. les technologues en radiation médicale, les technologues en IRM, les échographistes, etc.) afin de garantir l'efficacité des services.

Contrats d'imagerie médicale

Les services d'imagerie médicale peuvent être fournis au sein du service d'imagerie médicale d'un hôpital ou dans une clinique d'imagerie communautaire (CIC). Pour fournir des services d'imagerie diagnostique en Colombie-Britannique, un établissement d'imagerie médicale doit être accrédité pour ces modalités d'imagerie spécifiques par le programme d'accréditation diagnostique du CPSBC.

De plus, pour certaines modalités d'imagerie, les cliniques d'imagerie médicale ambulatoires doivent être approuvées par le Comité consultatif sur les établissements de diagnostic, un comité consultatif de la Commission, afin de pouvoir fournir des services couverts par l'assurance publique et les facturer au MSP. Conformément à la législation provinciale, un établissement de diagnostic agréé par la Commission ne doit pas facturer à un bénéficiaire une prestation assurée médicalement nécessaire, telle qu'une IRM; seules les autorités sanitaires ou les CIC sous contrat avec une autorité sanitaire peuvent fournir des examens IRM financés par l'État en vertu de la *Hospital Insurance Act* et de ses règlements. L'objectif de la législation sur l'assurance médicale publique est de préserver un système de santé géré par les pouvoirs publics et financièrement viable en Colombie-Britannique, dans lequel l'accès aux soins médicaux nécessaires est basé sur les besoins et non sur la capacité de paiement des individus.

Depuis 2020–2021, VCHA et FHA ont accès à des examens sur des appareils d'IRM de recherche appartenant à l'État afin de réaliser des examens supplémentaires dans la région de leur autorité sanitaire. Cela a permis aux autorités sanitaires de réaliser davantage d'examens au niveau local sur des appareils de recherche sous-utilisés appartenant à l'État.

En 2021, VCHA a acheté et converti une clinique d'IRM privée à Vancouver en un établissement détenu et géré par les autorités sanitaires. En 2018–2019, FHA a fait l'acquisition de deux CIC privés, situés à Surrey et à Abbotsford, équipés d'appareils d'IRM.

En 2023–2024, FHA a conclu deux contrats distincts avec des CIC privés après un long processus d'appel d'offres qui exigeait le respect de restrictions en matière de surfacturation. En 2024–2025, deux CIC ont été engagés par FHA pour fournir des examens IRM et TDM ambulatoires financés par des fonds publics pour le compte de l'autorité sanitaire. L'intégration des données et le partage d'images entre les établissements privés et l'autorité sanitaire garantissent que les patients de FHA ne subissent aucune différence en termes d'expérience ou de qualité.

En outre, BC Cancer a passé des contrats avec des prestataires privés de TEP-TDM, en Colombie-Britannique et aux États-Unis, afin de prendre en charge les patients atteints de cancer en temps opportun lorsque les listes d'attente sont affectées ou lorsque les équipements subissent des temps d'arrêt imprévus.

IRM dans les cliniques d'imagerie communautaires

À la fin de 2023, la Commission a informé trois CIC privées exploitant des appareils d'IRM et d'autres modalités d'imagerie qu'elles ne pourraient plus facturer le MSP pour les services fournis aux bénéficiaires si elles continuaient à offrir des services d'IRM privés pour les IRM médicalement nécessaires. Ces cliniques ont toutes cessé de fournir des services d'IRM privés aux bénéficiaires.

Les CIC privées constituent un élément essentiel du système de santé en Colombie-Britannique, et la majorité d'entre elles se conforment à la *Medicare Protection Act* et à la *Loi canadienne sur la santé* afin de conserver leur bonne réputation auprès de la Commission et de continuer à facturer au MSP les services d'imagerie médicalement nécessaires fournis aux bénéficiaires.

Ressources humaines en santé

Stratégie relative au personnel de santé et aux ressources humaines en santé de la Colombie-Britannique

- En Colombie-Britannique, au Canada et dans le monde entier, les besoins en matière de santé deviennent de plus en plus complexes et la demande de services de santé augmente.
- Pour répondre à cette demande croissante, le personnel de santé de la Colombie-Britannique continue de croître, en partie grâce aux investissements clés réalisés dans le cadre de la Stratégie relative aux ressources humaines en santé de la Colombie-Britannique (la Stratégie).
- En septembre 2022, la Colombie-Britannique a commencé à mettre en œuvre la Stratégie afin d'optimiser le système de santé, de répondre aux besoins croissants de la population de la province et de garantir l'accès aux services de santé pour tous, aujourd'hui et à l'avenir.
- La Stratégie se concentre sur quatre domaines prioritaires ou piliers : la formation, le recrutement, la rétention et la refonte du système. L'objectif de la Stratégie est de renforcer le personnel de santé grâce à des investissements, à l'expansion et à l'innovation dans les quatre piliers de toutes les professions de santé, y compris les médecins, les infirmières et les professionnels de santé associés.
- Le travail mené dans le cadre de la Stratégie vise à lutter contre le racisme spécifique aux Autochtones et à créer des environnements culturellement sûrs et inclusifs pour les professionnels du système.
- Nous nous engageons à apporter des changements significatifs et à répondre aux besoins de santé de tous en Colombie-Britannique, et nous commençons à voir les effets de notre travail.
- Depuis 2017, nous avons fait des progrès pour mieux soutenir les patients qui dépendent du système de santé public, en augmentant le nombre de médecins, d'IP, d'infirmières, de professionnels paramédicaux et de soins de santé.
- Nous savons que les personnes formées en Colombie-Britannique restent en Colombie-Britannique, c'est pourquoi nous avons ajouté des milliers de nouvelles places de formation dans le secteur de la santé à travers la province.

- Nous avons lancé avec succès des campagnes de recrutement international et amélioré les processus de reconnaissance des diplômes, de formation et d'enregistrement pour les professionnels de la santé formés à l'étranger.
- En plus d'augmenter le nombre de places de formation et d'élargir les voies d'accès au système de santé de la Colombie-Britannique pour les travailleurs de la santé, la Stratégie met l'accent sur la rétention et vise à déclencher une nouvelle ère d'innovation qui renforcera les soins en équipe et éliminera les obstacles à la productivité.

Services de laboratoire

Les services de laboratoire médicalement nécessaires sont financés par l'État en vertu de la Laboratory Services Act (LSA). Le ministre est responsable de toutes les questions liées aux services de laboratoire, y compris l'agrément des établissements, la gouvernance, la responsabilité et la prestation des prestations pour tous les services de laboratoire dans la province. L'Agence de pathologie et de médecine de laboratoire est désormais un programme relevant de la PHSA. L'Agence a pour mandat de superviser le système de laboratoires et de veiller à ce que les services de laboratoire clinique soient durables, axés sur la qualité, innovants et qu'ils permettent aux résidents et aux cliniciens de la Colombie-Britannique d'avoir accès à des services de laboratoire. Depuis le 1er avril 2019, la PHSA a accepté la responsabilité des fonctions opérationnelles qui lui ont été confiées par le Ministère pour soutenir la LSA.

Prestataire de services du ministère de la Santé – Assurance maladie de la Colombie-Britannique

Pacific Blue Cross, exerçant ses activités sous le nom de PBC Solutions (PBCS), détient le contrat d'administration des services d'assurance maladie de la Colombie-Britannique (HIBC) pour le compte du Ministère. En vertu de ce contrat, PBCS administre les programmes MSP, PharmaCare et les programmes de laboratoire, notamment en répondant aux demandes de renseignements du public, en enregistrant les clients et en traitant les demandes de remboursement de frais médicaux et pharmaceutiques des professionnels de la santé. Les fonctions liées aux politiques et à la prise de décisions continuent d'incomber au Ministère.

Vérifications des cliniques privées

En 2017, Santé Canada et le ministère se sont entendus sur une méthodologie visant à déterminer l'ampleur et la nature de la surfacturation des patients en Colombie-Britannique, décrite dans un énoncé de mandat et une lettre d'entente. Depuis cette entente, le ministère a réalisé 12 vérifications de cliniques chirurgicales privées, dont Cambie Surgeries Corporation. Les résultats de ces vérifications ont été communiqués à Santé Canada conformément à l'entente signée.

Depuis avril 2022, pour la période de déclaration 2020–2021 de Santé Canada, le ministère est tenu de déclarer la surfacturation attribuée aux établissements de diagnostic privés. Un cadre d'audit diagnostique a été élaboré, dans l'attente d'une décision sur la mise en œuvre de l'article 18.1 de la MPA.

L'objectif de ces audits est double :

1. Contrôler et évaluer la conformité à la MPA.
2. Aider à déterminer une estimation précise de l'ampleur de la surfacturation dans la province.

Le ministère fournira les rapports d'audit finaux pour chaque clinique ou prestataire à Santé Canada, sous réserve de toute suppression nécessaire pour se conformer à la *Freedom of Information and Personal Privacy Act*. Le ministère examine actuellement les préoccupations et les aspects juridiques liés à la publication en ligne de versions résumées des rapports d'audit.

Sous réserve des précisions apportées par la Cour, le Ministère s'engage à faire preuve de transparence et continuera à collaborer avec Santé Canada pour examiner les conclusions des audits à mesure que les travaux seront achevés.

Des réunions régulières avec les fonctionnaires de la Colombie-Britannique et de Santé Canada se poursuivent afin de discuter de la surfacturation et d'autres questions pertinentes, y compris les conclusions de l'audit.

Exigences en matière de rapports

La Colombie-Britannique soumet à Santé Canada des états financiers complets et exacts sur la surfacturation et les frais modérateurs pour 2023–2024, conformément aux exigences en matière de rapports énoncées dans la LCS et son règlement. La Colombie-Britannique déclare un total de 24 428 469 $ en surfacturation et en frais modérateurs pour 2023–2024, selon la méthode de déclaration convenue.

Conclusion

En résumé, la Colombie-Britannique continue de prendre toutes les mesures en son pouvoir pour renforcer le système de santé publique, éliminer la surfacturation et garantir le respect total de la LCS. Les mesures et stratégies spécifiques visant à atteindre cet objectif évolueront en fonction des circonstances, mais l'approche multiforme et solide de la Colombie-Britannique, soutenue par des ressources importantes, restera inchangée.

La Colombie-Britannique continuera de mettre l'accent sur la vérification, l'application de la loi et la dissuasion de la surfacturation, ainsi que sur les efforts continus visant à sensibiliser le public et les praticiens de la province. Nous croyons que cette mise à jour démontre l'engagement ferme de notre province à respecter les principes de la LCS dans des circonstances difficiles.

En mettant en œuvre les mesures susmentionnées, la Colombie-Britannique a pris les mesures nécessaires pour lutter contre la surfacturation dans la province et demande à Santé Canada le remboursement de la pénalité de 24 428 469 dollars pour 2023–2024.

Nous nous attendons à ce que des mesures soient prises en vertu de la Politique fédérale de remboursement afin de rembourser à la Colombie-Britannique toutes les pénalités pour surfacturation imposées à ce jour, y compris tout solde des fonds au titre du TCS admissibles au remboursement précédemment retenus par le gouvernement fédéral et toute pénalité pouvant découler de la déclaration relative aux pratiques en vigueur en 2023–2024.

Déclaration d'attestation

J'atteste que les renseignements ci-dessus reflètent l'ensemble des efforts déployés par le ministère de la Santé pour éliminer la surfacturation et assurer le respect total de la LCS et de son règlement d'application, ainsi que des lois provinciales et territoriales applicables.

Cordialement,

Karina Sangha
Sous-ministre adjointe par intérim et directrice financière exécutive Ministère
de la Santé Colombie-Britannique

[Voici le texte du Plan d'action de remboursement du Yukon]

PLAN D'ACTION DE REMBOURSEMENT DU YUKON

Contexte

En 2022–2023, le Yukon a déclaré un montant de 50,00 $ en surfacturation dans son État financier des montants réels de surfacturation et de frais modérateurs. Un médecin du Yukon avait imposé des frais supplémentaires à un patient. Ce médecin, qui n'est pas désengagé du Régime d'assurance maladie du Yukon (le régime), avait facturé le régime pour des services assurés, puis exigé un montant additionnel pour le même service assuré, justifiant ces frais par le besoin de « couvrir le coût de son équipement », estimant que le régime ne rémunère pas suffisamment pour couvrir ses dépenses.

Enquête et production de rapports

Une plainte de patient concernant de la surfacturation a été déposée auprès du gestionnaire de l'inscription et des réclamations. Cela a déclenché une enquête réactive portant sur les frais imposés au patient pour l'excision d'un chalazion, en plus des frais facturés au régime.

La directrice du régime a rencontré le médecin afin de discuter de la facturation au patient et de comprendre les raisons pour lesquelles des frais avaient été exigés en plus de ceux facturés au régime.

Mesures correctives et surveillance de la conformité

Le médecin a été invité à communiquer avec l'Association médicale du Yukon pour discuter du code d'honoraires applicable et de sa valeur pour les services fournis, et à demander une révision de ce code, laquelle pourrait ensuite être soumise à un futur Comité de liaison sur les honoraires pour examen et considération. Le médecin a également été avisé de cesser la pratique de la surfacturation.

Aucun autre frais imposé aux patients n'a été observé depuis.

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)
mcpregistration@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

Contactez le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

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 puis 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
867-667-3774
ymc@gov.yk.ca
Processus de traitement des plaintes

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 OTO
1-800-661-0830 or 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