

Minister of Health



Ministre de la Santé

The Honourable/L'honorable Tony Clement

Ottawa, Canada K1A 0K9

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

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2005.

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

Tony Clement

Canada



# Remerciements

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

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

Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

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

Ministère de la Santé du Manitoba

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

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

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux de Nunavut

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



## Table des matières

Remerciements .....	.iii
Introduction .....	1
Chapitre 1 – Aperçu de la Loi canadienne sur la santé .....	3
Chapitre 2 – Administration et conformité .....	11
Chapitre 3 – Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux en 2004-2005 .....	25
Terre-Neuve-et-Labrador .....	29
Île-du-Prince-Édouard .....	47
Nouvelle-Écosse .....	65
Nouveau-Brunswick .....	85
Québec .....	101
Ontario .....	109
Manitoba .....	127
Saskatchewan .....	147
Alberta .....	171
Colombie-Britannique .....	183
Yukon .....	211
Territoires du Nord-Ouest .....	233
Nunavut .....	247
Annexe A – Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs .....	261
Annexe B – Énoncés de politiques liées à la Loi canadienne sur la santé .....	283
Annexe C – Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé .....	295
Annexe D – Documents concernant le système de santé canadien .....	301
Annexe E – Lexique des termes utilisés dans le présent rapport .....	306
Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé .....	à la fin de ce Rapport



# Introduction

Le programme national d'assurance-maladie du Canada doit fournir aux habitants de ce pays l'accès aux services hospitaliers et médicaux qui leur sont nécessaires, sans qu'ils aient à déboursier pour ces services. Ce n'est pas un régime national unique, mais plutôt un ensemble coordonné de 13 régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Tous les régimes partagent certaines caractéristiques et certaines normes de protection de base communes. Définis dans la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), les principes qui régissent notre système de santé témoignent des valeurs canadiennes d'équité et de solidarité qui les sous-tendent.

Dans le système de santé du Canada, les rôles et les responsabilités sont partagés entre les administrations fédérale, provinciales et territoriales. La *Loi canadienne sur la santé*, notre instrument législatif fédéral qui régit l'assurance-maladie, définit les conditions que les régimes des provinces et des territoires doivent respecter pour que ces administrations aient droit à leur pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé (TCS).

Aux termes de l'article 23 de la *Loi canadienne sur la santé*, le ministre fédéral de la Santé doit présenter un rapport annuel au Parlement sur l'administration et l'application de cette Loi. Le document soumis à cette fin est le *Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé* (RAALCS).

L'approche de la collecte des renseignements sur les régimes provinciaux et territoriaux qui fourniront les données du rapport annuel demeure celle exposée dans la lettre de juin 1985 de l'honorable Jake Epp, alors ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, à ses homologues des provinces et des territoires. Cette approche, qui a établi les fondements de l'interprétation et de l'application futures de la

LCS, repose sur la collaboration et la réciprocité, les administrations provinciales, territoriales et fédérale collaborant pour fournir au ministre les renseignements qui figureront dans le RAALCS.

Si le RAALCS s'adresse d'abord aux parlementaires, c'est aussi un document facilement accessible, où le public peut avoir un rapport complet sur les services assurés de chaque province et de chaque territoire. Le RAALCS doit permettre au ministre de présenter les renseignements exigés aux termes de la LCS; il ne renferme donc pas de commentaires sur l'état du système de santé dans son ensemble.

L'article 22 de la Loi définit le type de renseignements que le ministre peut raisonnablement demander aux provinces et aux territoires pour vérifier la conformité aux cinq critères donnant droit à une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé (TCS).

Le rapport est divisé en trois chapitres, qui fournissent des renseignements pour l'année visée. Des documents pertinents y sont également joints en annexe.

- Le chapitre 1 donne un aperçu de la *Loi canadienne sur la santé*, de son règlement et des politiques connexes utilisées dans le cadre de l'administration de la Loi.
- Le chapitre 2 porte sur l'administration de la Loi, d'avril 2004 à mars 2005. On y présente un résumé des questions traitées concernant la conformité et des renseignements au sujet des retenues sur les contributions pécuniaires fédérales à titre d'élément du TCS. Il se termine par un aperçu des initiatives de financement actuelles de l'administration fédérale au chapitre de la santé et de l'évolution des programmes de santé et du financement de ce secteur.
- Le chapitre 3 renferme les descriptions des régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires et fournit des données statistiques sur les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés.

Les documents annexés au présent rapport fournissent des renseignements supplémentaires sur l'administration de la Loi et sur la place de ce texte dans le système de santé canadien. Un exemplaire de la Loi et de son règlement (codification non officielle en date de juin 2001) constitue l'annexe A. L'annexe B renferme deux énoncés de politique clés qui clarifient l'interprétation fédérale des conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*, et l'annexe C, une description du Processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé*, entré en vigueur en 2002. À l'annexe D se trouvent des documents à l'appui des énoncés descriptifs relatifs aux données provinciales et territoriales. L'annexe E est un lexique des termes utilisés dans ce rapport. Enfin, les coordonnées de tous les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux sont fournies à l'intérieur de la couverture arrière.

# Chapitre 1 – Aperçu de la Loi canadienne sur la santé

Le chapitre 1 décrit la *Loi canadienne sur la santé* et ses dispositions, et en présente les principales définitions. On y trouve également une description de son règlement et de ses dispositions réglementaires, à quoi s'ajoutent les lettres d'anciens ministres fédéraux de la Santé, l'honorable Jake Epp et l'honorable Diane Marleau, à leurs homologues provinciaux et territoriaux, lettres qui sont utilisées dans l'interprétation et l'application de la Loi.

## Qu'est-ce que la Loi canadienne sur la santé?

La *Loi canadienne sur la santé* est l'instrument législatif fédéral qui régit le régime d'assurance-santé public. La Loi présente l'objectif principal de la politique canadienne des soins de santé, qui consiste « à protéger, à promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent ».

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

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

## Principales définitions de la LCS

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

Les personnes non visées par la *Loi canadienne sur la santé* sont les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et celles qui purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral.

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

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

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

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

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

## Dispositions de la Loi canadienne sur la santé

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

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

### Conditions d'octroi

#### 1. Gestion publique (article 8 de la LCS)

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

vérification publique de ses comptes et de ses opérations financières.

#### 2. Intégralité (article 9)

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

#### 3. Universalité (article 10)

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

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

#### 4. Transférabilité (article 11)

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

Les habitants qui sont temporairement absents de leur province, de leur territoire ou du Canada doivent continuer d'être couverts pour les services de santé assurés pendant leur absence. Ainsi, les personnes peuvent voyager ou s'absenter de leur province ou de leur

territoire d'origine dans des limites de temps prescrites, tout en étant assurées par leur régime d'assurance-maladie.

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

Lorsque des assurés sont temporairement absents parce qu'ils sont dans une autre province ou un autre territoire, la condition de transférabilité requiert que les services assurés soient payés selon les tarifs de la province d'accueil. Si des assurés sont temporairement absents du pays, les services assurés doivent être payés selon les tarifs prévus dans la province d'origine.

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

### 5. Accessibilité (article 12)

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

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

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

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

### Conditions de versement

1. **Renseignements (article 13(a))** – Aux fins de la Loi, les administrations provinciales et territoriales sont tenues de communiquer au ministre de la Santé, selon des modalités raisonnables, des renseignements touchant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé.
2. **Reconnaissance (article 13(b))** – Les administrations provinciales et territoriales doivent faire état de la contribution fédérale aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

### Surfacturation et frais modérateurs

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

### Surfacturation (article 18)

Au sens de la *Loi canadienne sur la santé*, la surfacturation est la facturation de la prestation à

un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé. Si, par exemple, un médecin demande une somme donnée à ses patients pour une consultation déjà couverte par un régime provincial ou territorial d'assurance-maladie, la somme demandée constitue une surfacturation. La surfacturation est perçue comme un obstacle ou une entrave pour les personnes qui ont besoin de soins médicaux; elle contrevient donc à la condition d'accessibilité.

### Frais modérateurs (article 19)

La Loi définit les frais modérateurs comme tous les frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Si, par exemple, un patient se voit imposer des frais pour avoir reçu un service assuré d'un centre hospitalier ou d'une clinique, ces frais sont réputés être des frais modérateurs. Les frais modérateurs ne sont pas permis par la Loi, et comme la surfacturation, constituent un obstacle à l'accès.

## Autres éléments de la Loi

### Règlement (article 22)

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

- définir les services visés par la définition de « services complémentaires de santé » de la *Loi canadienne sur la santé*;
- déterminer les services exclus des services hospitaliers;
- déterminer le genre de renseignements que le ministre fédéral de la Santé peut raisonnablement demander d'une province ou

d'un territoire afin de recevoir un transfert fédéral complet;

- prévoir la façon dont les provinces et les territoires doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé (TCS) et de programmes sociaux dans leurs documents, leurs publicités ou leur matériel promotionnel.

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

### Pénalités imposées en vertu de la Loi canadienne sur la santé

#### Pénalités obligatoires

Aux termes de la Loi, les provinces et territoires qui autorisent la surfacturation et les frais modérateurs s'exposent à une retenue obligatoire d'un montant équivalent sur leurs paiements de transfert fédéraux au titre du TCS. Par exemple, si l'on détermine qu'une province a autorisé les médecins à pratiquer la surfacturation pour un montant total de 500 000 \$, ce montant sera retenu sur les paiements de transfert fédéraux versés à cette province.

#### Pénalités discrétionnaires

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

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

### Personnes et services exclus

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

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

Ces exclusions sont traitées ci-dessous.

### Services de santé non assurés

En plus des services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires qui sont couverts aux termes de la Loi, les provinces et les territoires offrent toute une gamme de services et de prestations qui ne le sont pas. Ces services et prestations supplémentaires sont offerts à la discrétion des administrations provinciales et territoriales, selon leurs propres conditions, et ils peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre. Parmi ces services supplémentaires, mentionnons des prestations pour médicaments d'ordonnance, des services ambulanciers et des services d'optométrie.

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

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

### Personnes exclues

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

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

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

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

## Lettres sur l'interprétation

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

### Lettre « Epp »

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

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. Elle expose les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces précisions ont été utilisées par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la Loi. La lettre Epp demeure une référence importante en matière d'interprétation.

### Lettre « Marleau » – Politique fédérale sur les cliniques privées

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

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

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

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

## Processus de prévention et de règlement des différends

En avril 2002, la ministre fédérale de la Santé d'alors, A. Anne McLellan décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des administrations fédérale, provinciales et territoriales de prévenir les différends reliés à l'interprétation des principes de la loi et, lorsqu'il est impossible d'y parvenir, de les régler de façon équitable et transparente, et dans les meilleurs délais.

Le processus comprend des activités de règlement des différends liés à l'échange de renseignements entre les gouvernements; la discussion et la clarification des questions, dès qu'elles sont

soulevées; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux-provinciaux-territoriaux des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé*; ainsi que des évaluations préalables, si celles-ci sont demandées.

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

Le ministre fédéral de la Santé détient le pouvoir final de décision en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Pour décider de l'opportunité d'invoquer les dispositions sur les manquements à la loi, le ministre prendra en considération le rapport du groupe.

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



## Chapitre 2 – Administration et conformité

### Administration

Le ministre fédéral de la Santé administre la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) avec l'aide des agents de politiques, de communications et d'information de Santé Canada, à Ottawa et dans les six bureaux régionaux, ainsi que des avocats du ministère de la Justice.

Santé Canada prend au sérieux les responsabilités que lui confère la *Loi canadienne sur la santé*, et collabore avec les provinces et les territoires afin d'assurer le respect des principes énoncés dans cette Loi. Il privilégie toujours la résolution des problèmes avec les provinces et les territoires en faisant appel à la consultation, à la collaboration et à la coopération.

### Division de la Loi canadienne sur la santé

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

- surveiller et analyser les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé pour en vérifier la conformité aux critères et conditions de la

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

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

La Division de la *Loi canadienne sur la santé* préside le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) et lui fournit des services de secrétariat. Le CCEIAS a été créé en 1991. Il traite des questions concernant la facturation interprovinciale et interterritoriale des services hospitaliers et médicaux, ou associées à l'inscription et à l'admissibilité aux régimes d'assurance-maladie. Il doit veiller à l'application des ententes interprovinciales et interterritoriales en assurance-santé, conformément à la LCS .

Les dispositions de la LCS sur la transférabilité au Canada sont appliquées dans le cadre d'une série d'ententes interprovinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers. En général, cela signifie que la carte d'assurance-maladie est acceptée en guise de paiement lorsque le patient doit recevoir des services hospitaliers ou médicaux dans une autre province ou un autre territoire.

L'administration qui offre le service facture directement la province ou le territoire où habite le patient. Tous les territoires et toutes les provinces ont conclu des ententes réciproques sur les soins hospitaliers et participent, à l'exception du Québec, à des ententes réciproques sur les soins médicaux. Ces ententes permettent aux habitants du Canada qui voyagent au pays de ne pas payer de frais au point de service lorsqu'ils reçoivent des soins hospitaliers ou médicaux médicalement nécessaires. Toutefois, elles sont interprovinciales et interterritoriales, et les provinces et territoires ne sont pas tenus de les signer aux termes de la LCS.

En 2004-2005 le CCEIAS a révisé ses tarifs pour les interventions très coûteuses (p. ex., transplantations) en fonction des coûts actuels.

### Conformité

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

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

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

Les employés de la Division de la Loi canadienne sur la santé et des bureaux régionaux surveillent le fonctionnement des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie afin de conseiller le ministre sur les manquements possibles à la LCS. Leurs sources d'information sont notamment : les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les fonctionnaires et les publications de ces administrations; les reportages des médias ainsi que la correspondance reçue du public et

d'organisations non-gouvernementales. Le personnel de l'Unité de l'interprétation des programmes et de la conformité, à la Division, évalue les problèmes et les plaintes au cas par cas. Ce processus comprend la compilation de l'ensemble des faits et des renseignements sur la question ainsi que l'application des mesures qui s'imposent. La vérification des faits auprès des fonctionnaires provinciaux et territoriaux du secteur de la santé peut révéler des problèmes qui ne sont pas en lien direct avec la LCS, ou d'autres qui peuvent l'être, mais sont attribuables à un malentendu ou à une mauvaise communication et se règlent rapidement avec l'aide des provinces et des territoires. Lorsqu'une question concernant la LCS est soulevée et n'est pas résolue après les demandes initiales à cet égard, les fonctionnaires de la Division demandent à l'administration visée d'enquêter et de lui faire part de ses conclusions. Ensuite, ils discutent de la question et de la solution possible avec les fonctionnaires provinciaux. Seules les questions qui n'ont pas pu être réglées de cette façon sont portées à l'attention du ministre fédéral de la Santé.

## Problèmes associés à la conformité

En 2004-2005, il n'y a pas eu de nouveaux problèmes de conformité. Ceux qui étaient mentionnés dans les précédents rapports sur l'application de la LCS font l'objet de discussions bilatérales. Par ailleurs, ces pourparlers ne portent pas sur les faits nouveaux exposés ci-après.

Cette information était exacte au 31 mars 2005. Les discussions bilatérales sur ces problèmes se poursuivent, sauf indication contraire. On trouvera des renseignements sur la période d'avant avril 2004 dans les précédents rapports sur l'application de la LCS. Santé Canada continue de plus à étudier, à suivre et à évaluer les répercussions d'autres problèmes touchant la santé.

## Frais imposés aux patients pour des examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie

En Colombie-Britannique, en Alberta, au Québec et en Nouvelle-Écosse, des cliniques privées fournissent des services d'IRM et de tomodensitométrie payés directement par les patients. Dans ces provinces, les services d'IRM et de tomodensitométrie sont pris en charge par le régime d'assurance-maladie uniquement s'il sont rendus dans un hôpital approuvé. Or ils sont réputés être des services assurés aux termes de la LCS, s'ils sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités et sont fournis dans un hôpital ou un établissement fournissant des services hospitaliers.

Santé Canada a rencontré les représentants des provinces en janvier et en février 2005 pour clarifier la position du gouvernement fédéral et rappeler son engagement à collaborer pour trouver une solution.

## Frais imposés aux patients par les centres d'aiguillage vers des spécialistes et frais imposés aux patients se présentant spontanément chez un spécialiste

Depuis 2002, deux cliniques de Colombie-Britannique offrent un service payant, qui permet d'obtenir rapidement un rendez-vous avec un spécialiste, pour les personnes qui choisissent de ne pas être adressées par leur médecin de famille. Or l'imposition de frais s'ajoutant au tarif payé par le régime d'assurance-maladie provincial à une personne assurée pour la prestation de services assurés hospitaliers et médicaux nécessaires est de la surfacturation aux termes de la LCS. En décembre 2004, les fonctionnaires de Santé Canada ont réaffirmé cette position à la province. D'autres consultations bilatérales devront avoir lieu sur cette question.

### Frais imposés aux patients pour des services de santé assurés dans des cliniques de chirurgie privées

Santé Canada tient des pourparlers bilatéraux avec la Colombie-Britannique au sujet des frais imposés aux patients qui reçoivent des services de santé assurés dans des cliniques de chirurgie privées depuis juin 2000. Il continue de presser cette province d'accroître sa capacité de vérification et d'examen de ces frais, afin que les personnes assurées n'aient pas à payer des services de santé assurés. Un montant de 72 464 \$ a été retenu du paiement revenant à la Colombie-Britannique, en mars 2005, conformément aux chiffres présentés sur la surfacturation et les frais modérateurs dans le rapport de 2002-2003 de cette province. Dans sa lettre de mars 2005, Santé Canada demande à la Colombie-Britannique qu'une réunion soit tenue sur la façon dont la province présente ses chiffres relatifs à la surfacturation et à l'imposition de frais modérateurs pratiqués dans les établissements privés qui offrent des services de chirurgie.

À la suite de reportages dans les médias, en mars 2000, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) a fait enquête sur des allégations voulant qu'une clinique privée impose aux patients des frais d'utilisation de salle d'opération allant jusqu'à 400 \$ pour des interventions que les médecins facturent à la RAMQ. Santé Canada a fait savoir au ministère de la Santé et des Services sociaux que l'imposition de frais pour la prestation de services de santé assurés à des personnes assurées était préoccupante sur le plan de la LCS. En février 2005, les fonctionnaires de Santé Canada et du Québec se sont rencontrés pour discuter de cette question, et le caractère confidentiel des enquêtes de la RAMQ a de nouveau été invoqué. Les fonctionnaires du Québec ont mentionné qu'il n'y avait pas eu de plaintes récentes, mais qu'ils n'étaient pas en mesure de confirmer que le problème avait été résolu.

### Frais de fournitures médicales et chirurgicales imposés aux patients

En février 2005, Santé Manitoba a correspondu avec Santé Canada au sujet des frais de fournitures médicales et chirurgicales qui continuaient d'être imposés à des patients. Ce problème continue de faire l'objet de discussions suivies entre les deux ministères.

### Déductions du Transfert canadien en matière de santé en 2004-2005

Des déductions au titre du Transfert canadien en matière de santé de mars 2005 ont été appliquées à trois provinces concernant la facturation de patients en 2002-2003. Une déduction de 72 464 \$ a été appliquée à la Colombie-Britannique. Cette province avait indiqué qu'une surfacturation et des frais modérateurs avaient été appliqués par des cliniques de chirurgie. Une déduction de 1 100 \$ a été appliquée à Terre-Neuve et Labrador, en raison de frais imposés aux patients pour des services d'IRM dans un hôpital, et une déduction de 5 463 \$ a été appliquée à la Nouvelle-Écosse à titre de rapprochement pour des déductions ayant déjà été appliquées pour des frais imposés à des patients d'une clinique privée de cette province.

### Historique des déductions et des remboursements en vertu de la Loi canadienne sur la santé

La *Loi canadienne sur la santé*, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1984, réaffirme l'engagement du gouvernement fédéral quant au respect des principes originaux du régime de soins de santé du Canada, tels qu'intégrés aux lois précédentes (*Loi sur les soins médicaux* et *Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques*). Afin d'éliminer la multiplication des cas de perception directe de frais pour des services hospitaliers et médicaux, le gouvernement fédéral a décidé

d'appliquer une pénalité dollar pour dollar de la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs qui, selon lui, réduisent l'accès de nombreux Canadiens et Canadiennes aux soins de santé pour des raisons financières.

De 1984 à 1987, le [paragraphe 20(5)] de la Loi prévoyait le remboursement des retenues relatives à ces frais aux provinces les ayant éliminés avant le 1<sup>er</sup> avril 1987. Le 31 mars 1987, il a été établi que toutes les provinces qui effectuaient la surfacturation et imposaient des frais modérateurs avaient pris les mesures adéquates pour éliminer ces pratiques. En conséquence, en juin 1987, un montant totalisant 244,732 M\$ en retenues était remboursé au Nouveau-Brunswick (6,886 M\$), au Québec (14,032 M\$), à l'Ontario (106,656 M\$), au Manitoba (1,270 M\$), à la Saskatchewan (2,107 M\$), à l'Alberta (29,032 M\$) et à la Colombie-Britannique (84,749 M\$).

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

En janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé, Diane Marleau, a fait part à ses collègues provinciaux et territoriaux de son inquiétude quant à la création d'un système de soins de santé à deux vitesses et à l'émergence de cliniques privées imposant des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires. Dans le cadre des communications qu'elle a établies avec les provinces et les territoires, elle a annoncé qu'elle leur accordait un sursis de plus de neuf mois pour éliminer les frais modérateurs, à défaut de quoi des sanctions pécuniaires leur seraient imposées en vertu de la LCS. En conséquence, dès novembre 1995, des retenues ont été effectuées sur le montant versé à l'Alberta, au Manitoba, à la Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador au titre des paiements de transfert en raison de leur non-conformité avec la Politique fédérale sur les cliniques privées.

De novembre 1995 à juin 1996, des retenues totalisant 3,585 M\$ ont été soustraites des paiements de transfert versés à l'Alberta relativement aux frais d'établissement facturés dans des cliniques offrant des services de chirurgie, d'ophtalmologie et d'avortement. Le 1<sup>er</sup> octobre 1996, l'Alberta interdisait aux cliniques de chirurgie privées d'imposer à leurs patients des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires dont les honoraires médicaux étaient facturés au régime d'assurance-maladie provincial.

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

De novembre 1995 à décembre 1998, les retenues totales faites aux paiements de transfert versés au Manitoba s'élevaient à 2 055 000 \$; elles ont pris fin le 1<sup>er</sup> janvier 1999 lorsque la province a confirmé l'élimination des frais modérateurs dans les cliniques de chirurgie et d'ophtalmologie. Toutefois, au cours de l'exercice 2001-2002, une retenue mensuelle (d'octobre 2001 à mars 2002, inclusivement) au montant de 50 033 \$ a été faite

sur les contributions pécuniaires au Manitoba au titre du TCSPS, fondée sur une déclaration financière qu'a fait la province qui démontrait que les montants réels des frais modérateurs envers des services assurés pendant les exercices 1997-1998 et 1998-1999 étaient supérieurs aux retenues appliquées basées sur des estimations. Le total des retenues appliquées au Manitoba s'élevait donc à 2 355 201 \$.

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

En janvier 2003, la Colombie-Britannique a présenté un rapport financier, conformément au Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs de la LCS, qui indiquait que les montants globaux réels demandés pendant l'exercice 2000-2001 en ce qui a trait à la surfacturation et aux frais modérateurs totalisait 4 610 \$. Un montant de 4 610 \$ a donc été retenu du paiement de transfert du TCSPS de mars 2003.

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

Des déductions au titre du Transfert canadien en matière de santé de mars 2005 ont été appliquées à trois provinces concernant la facturation de patients en 2002-2003. Une

déduction de 72 464 \$ a été appliquée à la Colombie-Britannique. Cette province avait indiqué qu'une surfacturation et des frais modérateurs avaient été appliqués par des cliniques de chirurgie. Une déduction de 1 100 \$ a été appliquée à Terre-Neuve-et-Labrador, en raison de frais imposés aux patients pour des services d'IRM dans un hôpital, et une déduction de 5 463 \$ a été appliquée à la Nouvelle-Écosse à titre de rapprochement pour des déductions ayant déjà été appliquées pour des frais imposés à des patients d'une clinique privée de cette province.

Depuis l'entrée en vigueur de la LCS, d'avril 1984 à mars 2005, une déduction totale de 8 832 178 \$ a été appliquée à des transferts provinciaux en raison des dispositions de la LCS sur la surfacturation et les frais modérateurs. Ce montant exclut les déductions totalisant 244 732 000 \$ qui ont été effectuées entre 1984 et 1987 et qui ont été remboursées par la suite aux provinces en vertu du paragraphe 20(5) de la LCS.

Retenues aux contributions pécuniaires en vertu de la LCS : de 1994-1995 à 2004-2005

(en dollars \$)

	1994- 1995	1995- 1996	1996- 1997	1997- 1998	1998- 1999	1999- 2000	2000- 2001	2001- 2002	2002- 2003	2003- 2004	2004- 2005	TOTAL
NF	0	-46 000	-96 000	-132 000	-53 000	42 570	0	0	0	0	-1 100	-285 530
PE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NS	0	-32 000	-72 000	-57 000	-38 950	-61 110	-57 804	-35 100	-11 052	-7 119	-5 463	-377 598
NB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MB	0	-269 000	-588 000	-586 000	-612 000	0	0	-300 201	0	0	0	-2 355 201
SK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AB	0	-2 319 000	-1 266 000	0	0	0	0	0	0	0	0	-3 585 000
BC	-1 982 000	-43 000	0	0	0	0	0	0	-4 610	-126 775	-72 464	-2 228 849
NW	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
YK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>-1 982 000</b>	<b>-2 709 000</b>	<b>-2 022 000</b>	<b>-775 000</b>	<b>-703 950</b>	<b>-18 540</b>	<b>-57 804</b>	<b>-335 301</b>	<b>-15 662</b>	<b>-133 894</b>	<b>-79 027</b>	<b>-8 832 178</b>

Nota : les déductions sont indiquées à l'année à laquelle elles ont été appliquées aux contributions pécuniaires. Les déductions appliquées à une année financière peuvent inclure des rajustements à celles des années financières antérieures.

## Évolution des transferts fédéraux pour les soins de santé

### Subventions visant l'établissement de programmes

La contribution fédérale aux soins de santé provinciaux remonte à la fin des années 1940 avec la création du Programme national de subventions à la santé. Ces subventions sont alors considérées comme essentielles à un système de soins de santé national. Bien que ces subventions soient principalement utilisées pour construire l'infrastructure canadienne des hôpitaux, elles servent aussi à soutenir des initiatives dans des domaines comme la formation professionnelle, la recherche en santé publique, le contrôle de la tuberculose et le traitement du cancer. Vers le milieu des années 1960, les provinces reçoivent au total plus de 60 millions de dollars annuellement.

Vers le milieu des années 1950, en raison de la pression publique, le gouvernement fédéral accepte d'offrir un soutien financier aux provinces afin d'aider à mettre en place leurs régimes d'assurance-maladie. En janvier 1956, le gouvernement fédéral dépose des propositions concrètes aux provinces servant à la création progressive d'un programme d'assurance-maladie, dont la priorité serait l'assurance-hospitalisation et les services de diagnostic. Les discussions sur ces propositions mènent à l'adoption de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* en 1957. La mise en oeuvre du programme Assurance-hospitalisation et services diagnostiques (AHSD) commence en juillet 1958, date à laquelle cinq provinces, soit Terre-Neuve, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Manitoba, offrent alors des régimes d'assurance-hospitalisation. En 1961, l'ensemble des provinces et des territoires participe au programme.

La seconde étape de l'intervention fédérale de soutien aux régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux est le résultat des recommandations de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall). Dans son rapport final (présenté en 1964), la Commission recommande l'établissement d'un nouveau programme qui permettrait à tous les Canadiens et à toutes les Canadiennes d'avoir accès aux soins médicaux nécessaires (services médicaux, en dehors du contexte hospitalier).

La *Loi sur les soins médicaux* est déposée au Parlement au début de décembre 1966 et reçoit la sanction royale le 21 décembre 1966. La mise en oeuvre du Programme d'assurance des soins médicaux commence le 1<sup>er</sup> juillet 1968. En 1972, toutes les provinces et tous les territoires participent au programme.

À l'origine, la contribution fédérale aux régimes d'assurance-hospitalisation provinciaux et territoriaux est en fonction des montants déboursés par les provinces et les territoires pour offrir des services hospitaliers assurés. En vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957), le gouvernement fédéral rembourse environ 50 pour 100 des coûts de l'assurance-hospitalisation. De même, en vertu de la *Loi sur les soins médicaux* (1966), la contribution fédérale est égale à la moitié du coût moyen national par habitant pour les services assurés, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province ou territoire. Les protocoles de financement fondés sur les subventions conditionnelles se poursuivent jusqu'à ce qu'à une tentative de bloquer le financement survienne durant l'année fiscale 1977-1978.

### Financement des programmes établis (FPE)

Le 1<sup>er</sup> avril 1977, le financement du gouvernement fédéral pour le soutien des services de santé assurés est remplacé par un transfert de financement global avec des exigences générales relativement au maintien de la norme minimale en matière de services de santé avec l'adoption de la *Loi sur les accords*

*fiscaux entre le gouvernement fédéral, les territoires et les provinces et sur le financement des programmes établis de 1977. Aussi connue sous le nom de Loi sur le FPE, la nouvelle Loi fournit des contributions fédérales aux provinces et aux territoires pour les services hospitaliers et les soins médicaux assurés (y compris l'éducation postsecondaire) qui ne sont plus calculées en fonction des dépenses provinciales. Plutôt, les contributions fédérales de l'année 1975-1976 est désignée comme l'année de référence dans le cadre des programmes actuels à frais partagés, augmentés en fonction du taux de croissance du produit national brut (PNB) et la croissance de la population.*

En vertu de la *Loi sur le FPE* et des accords de financement subséquents, le montant total en matière de santé auquel les provinces et les territoires ont droit est maintenant composé de transferts de fonds et de transferts de points d'impôt relativement égaux. Le transfert de points d'impôt consiste en la cession, par le gouvernement fédéral, d'une marge fiscale aux provinces et aux territoires, ce qui permet au gouvernement de réduire ses taux d'imposition afin que les provinces et les territoires puissent hausser les leurs d'un montant équivalent. Dans le cas d'un transfert de point d'impôt en matière de santé dans le cadre du FPE, les variations des taux fédéraux compensent celles des taux provinciaux-territoriaux, de sorte qu'il n'y a aucune influence financière nette pour les contribuables. Le montant total des allocations en matière de soins de santé n'a pas changé.

La *Loi sur le FPE* comprend également un nouveau transfert au Programme des services complémentaires de santé. Ce groupe de services de santé, dont font partie les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins de santé ambulatoires et les aspects de santé relatifs aux soins à domicile, est transformé en un financement global d'environ 20 \$ par personne pour l'exercice 1977-1978, et assujetti au même facteur de progression que les services de santé assurés. Cette portion du transfert au titre du FPE est à toute fin inconditionnel comparativement au

transfert au titre des services assurés, n'étant pas assujettie aux critères en matière de prestation de programmes.

La part du FPE au titre de la santé était remise deux fois par mois à chaque province et à chaque territoire par Santé Canada. Même si l'accord de financement relatif à l'assurance des soins de santé aux échelons fédéral-provincial-territorial comprenait certains critères en matière de prestation de programmes, Santé Canada ne possédait aucune méthode viable pour obliger les provinces et les territoires à se conformer entièrement aux conditions énoncées dans les lois sur les soins hospitaliers et médicaux, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et la législation sur l'assurance-maladie. En vertu du cadre législatif applicable, le gouvernement du Canada se devait de retenir tous les transferts mensuels au titre des soins de santé si les conditions n'étaient pas respectées.

Ce n'est qu'au moment de la promulgation de la *Loi canadienne sur la santé*, en 1984, que des dispositions spécifiques en matière de retenues entrent en vigueur, permettant les retenues équivalentes concernant la surfacturation et les frais modérateurs, ainsi que les retenues discrétionnaires dans les cas où les provinces et les territoires ne se conforment pas totalement aux autres dispositions énoncées dans la Loi. Ces conditions et obligations sont toujours en vigueur à ce jour.

### **Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)**

Dans son budget de 1995, le gouvernement annonce une restructuration de la *Loi sur le FPE*, dont le nom devient la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* et qui comporte des dispositions spécifiques au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le nouveau transfert « omnibus » ou global, effectif pour l'année fiscale 1996-1997, combine le financement en matière de santé et d'éducation

postsecondaire de la *Loi sur le FPE* avec le financement du Régime d'assistance publique du Canada (accord fédéral-provincial de partage des coûts des services sociaux). Lorsque le TCSPS entre en vigueur, le 1<sup>er</sup> avril 1996, les provinces et les territoires reçoivent des transferts monétaires et points d'impôt du TCSPS plutôt que des droits en vertu du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) et du FPE. La valeur combinée du montant du FPE et du RAPC était plus élevée que la valeur du montant du TCSPS fourni aux provinces et aux territoires, ce qui reflète le besoin de restrictions budgétaires au moment de l'introduction du TCSPS.

Le nouveau financement global doit permettre de respecter les conditions énoncées dans la LCS (universalité, intégralité, accessibilité, transférabilité et administration publique) ainsi que les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs, et dans le but de maintenir la norme nationale relative au RAPC, selon laquelle aucun délai minimal de résidence ne peut être exigé ou permis en ce qui concerne l'assistance sociale. Les services complémentaires de santé doivent continuer à être fournis en vertu de la LCS, selon les conditions suivantes : communiquer les renseignements nécessaires et faire état de la contribution fédérale, tel qu'il est énoncé à l'article 13 de la LCS. Ces exigences demeurent inchangées depuis 1984.

La nouvelle loi a aussi causé le transfert du pouvoir de paiement de Santé Canada au ministère des Finances. Cependant, le ministère de la Santé a fixé le montant des retenues à effectuer en vertu de la LCS, y compris de celles concernant la surfacturation et les frais modérateurs, et communique ces montants au ministère des Finances avant les dates de paiement.

### Accords sur la santé de 2002 et de 2003 : accroissement et restructuration de la participation fédérale au financement des soins de santé

En 2000 et en 2003, les premiers ministres se rencontrent pour discuter des soins de santé avec un accent particulier sur la réforme, l'imputabilité et les exigences en matière de financement. En 2000, le gouvernement fédéral annonce de nouveaux investissements de 23,4 milliards de dollars sur cinq ans afin d'appuyer le renouvellement des soins de santé et le développement de la petite enfance. Entre 2001-2002 et 2005-2006, le gouvernement annonce des investissements supplémentaires de 21,1 milliards de dollars augmentant ses contributions pécuniaires dans le cadre du TCSPS, de 1,8 milliard de dollars pour les programmes ciblés (équipement médical et réforme des soins de santé primaires), ainsi que de 500 millions de dollars pour Inforoute Santé du Canada Inc.

En 2003, le gouvernement s'engage à investir 36,8 milliards de dollars sur cinq ans afin d'appuyer les secteurs prioritaires de la réforme (soins primaires, soins à domicile et couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance) au moyen de transferts du TCSPS (14 milliards de dollars) et de nouveaux transferts ciblés (16 milliards de dollars pour le Transfert visant la réforme des soins de santé, 1,5 milliard de dollars pour l'équipement médical), et afin d'appuyer les dépenses fédérales directes en matière de santé (5,3 milliards de dollars pour les technologies de l'information sur la santé et les initiatives fédérales concernant la santé des Autochtones, la sécurité des patients et d'autres dossiers liés à la santé). Ces hausses relatives au TCSPS comprennent 3,9 milliards de dollars d'augmentations latentes, engagés dans le calendrier initialement prévu de l'accord de 2000 (jusqu'à 2005-2006 inclusivement).

Le gouvernement fédéral accepte également de restructurer le TCSPS afin d'accroître la transparence et l'imputabilité de la participation fédérale aux programmes de santé.

## Transfert canadien en matière de santé (TCS)

Le TCSPS est restructuré en deux nouveaux transferts, le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS), à partir du 1<sup>er</sup> avril 2004. Le TCS appuie l'engagement continu du gouvernement du Canada de maintenir les conditions et obligations nationales de la LCS.

Le TCPS, un financement global appuyant l'éducation postsecondaire ainsi que les services d'assistance sociale et autres services sociaux, continue à fournir aux provinces et aux territoires la souplesse d'affecter des fonds à certains de ces programmes sociaux, en fonction de leurs priorités respectives.

Les paiements effectués aux termes de la loi dans le cadre du TCSPS sont subdivisés entre les deux transferts, la contribution en espèces et en points d'impôt prévue pour chaque transfert étant fonction des habitudes de dépenses des provinces et des territoires dans les domaines visés par les transferts : 62 pour 100 pour le TCS et 38 pour 100 pour le TCPS.

## Plan décennal pour consolider les soins de santé – 2004

Le Plan décennal pour consolider les soins de santé prévoit une augmentation des transferts fédéraux aux provinces et territoires. Signée le 16 septembre 2004 par tous les premiers ministres, cette initiative engage le gouvernement du Canada à apporter une aide supplémentaire de 41,3 milliards de dollars sur dix ans en financement aux provinces et territoires pour la santé, notamment 35,3 milliards de dollars en augmentation au TCS, 5,5 milliards de dollars envers la réduction des temps d'attente et 500 M\$ pour l'équipement diagnostique et médical.

Le Plan décennal définit un cadre de financement prévisible, durable et croissant pour le TCS. Les paiements en espèces sont prescrits par la loi et établis jusqu'en 2013-2014, tandis que la

composante en points d'impôt continue de croître en parallèle avec l'économie.

En 2004-2005, la contribution pécuniaire au TCS est portée à 12 650 milliards de dollars, dont un milliard à la base du TCS. Celle-ci sera haussée, en 2005-2006, à 19 milliards de dollars, augmentation qui inclut 2 milliards de dollars pour le TCS et 500 millions de dollars pour les soins à domicile et la couverture de type catastrophe des médicaments d'ordonnance. Cela reflète l'engagement d'inclure dans le TCS l'ancien Transfert visant la réforme des soins de santé.

Des renseignements supplémentaires sur les accords de financement fédéraux-provinciaux-territoriaux sont disponibles sur demande auprès du ministère des Finances, ou sur le site Web, à l'adresse suivante :

[www.fin.gc.ca/fedprov/FTPTf.html](http://www.fin.gc.ca/fedprov/FTPTf.html)

## Historique des transferts fédéraux en matière de soins de santé

- 1957 *La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* est adoptée à l'unanimité à la Chambre des communes et au Sénat, établissant ainsi un programme de partage des coûts qui garantit la couverture et l'accessibilité des services hospitaliers à tous les habitants des provinces participantes. En 1961, l'ensemble des provinces et des territoires participe au programme.
- 1966 Le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) voit le jour et établit un programme à frais partagés avec les provinces et les territoires pour la prestation de programmes adéquats d'aide et de soins en établissement à l'intention des personnes dans le besoin, y compris des services de soins de santé, comme des services de soins dentaires non couverts par les programmes provinciaux et les programmes de transfert en place.
- 1968 *La Loi sur les soins médicaux* entre en vigueur. Elle établit un programme conditionnel de partage des coûts qui

- autorise le ministre fédéral de la Santé à verser des contributions financières aux provinces et aux territoires qui offrent des régimes d'assurance-maladie et qui répondent aux critères minimaux. En 1972, l'ensemble des provinces et des territoires participe à ce programme.
- 1977 *La Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et les territoires sur le financement des programmes établis* (Loi sur le FPE) est adoptée. Le Programme de services complémentaires de santé entre en vigueur et un montant égal par habitant est alloué presque sans condition, pour certains types de soins en établissement, de soins à domicile et de soins en établissement pour adultes.
- 1984 *La Loi canadienne sur la santé* (LCS) entre en vigueur. Elle fusionne les dispositions de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et de la *Loi sur les soins médicaux*. La LCS comprend aussi des dispositions élargies sur les services de soins de santé, qui sont ajoutées à la *Loi sur le FPE*. La *Loi canadienne sur la santé* prévoit maintenant des retenues équivalentes concernant la surfacturation et les frais modérateurs, ainsi que des retenues discrétionnaires en ce qui concerne les autres éléments des conditions et des obligations énoncées dans la loi.
- La Loi sur le FPE est rebaptisée Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé, 1977.*
- 1995 Le budget fédéral annonce que le partage des coûts relatif au financement des programmes établis en vertu de la *Loi sur le FPE* et du RAPC sera remplacé par un programme de financement global, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) à partir du 1<sup>er</sup> avril 1996. Les transferts au titre du TCSPS sont fixés à 26,9 milliards de dollars pour 1996-1997. Les fonds pour 1996-1997 seront répartis dans la même proportion que ceux combinés du FPE et du RAPC pour 1995-1996.
- L'article 6 de la LCS, concernant le montant payable pour les services complémentaires de santé, a été abrogé en 1995 afin de tenir compte des nouveaux accords fiscaux conclus par le gouvernement (Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux), qui obligeait les provinces et les territoires à faire un seul paiement aux provinces et aux territoires plutôt que plusieurs. Ce changement n'a pas réduit la portée des services de santé assurés en vertu de la loi. Les services complémentaires de santé ne sont pas, et n'ont jamais été, des services de santé assurés en vertu de la LCS.
- 1996 Le gouvernement fédéral annonce dans son budget un accord de financement quinquennal. Le TCSPS (1998-1999 à 2002-2003) fixe initialement le plancher des transferts en espèces à 11 milliards de dollars par année.
- 1998 *La Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires sur le financement des programmes établis* est modifiée pour fixer le plancher des transferts de fonds du TCSPS à 12,5 milliards de dollars de 1997-1998 à 2002-2003.
- 1999 Le gouvernement fédéral annonce, dans son budget, qu'il augmente les transferts de fonds du TCSPS de 11,5 milliards de dollars sur cinq ans aux provinces et aux territoires. Ce montant a pour but de composer avec les pressions budgétaires dans le secteur des soins de santé.
- 2000 Dans son budget de février, le gouvernement fédéral annonce qu'il augmente les contributions du TCSPS de 2,5 milliards de dollars afin d'aider les provinces et les territoires à financer les soins de santé et l'enseignement postsecondaire, ce qui augmente les

montants du TCSPS à 15,5 milliards de dollars par année pour la période de 2000-2001 à 2003-2004.

À la suite de la réunion des premiers ministres du 11 septembre 2000, le premier ministre annonce que les transferts de fonds du TCSPS pour la santé sont augmentés de plus de 21 milliards de dollars pour cinq ans. Cette entente fournit aux provinces et aux territoires un financement supplémentaire à affecter au renouvellement des soins de santé et au développement de la petite enfance.

Un Fonds pour l'achat d'équipement médical de 1 milliard de dollars est établi pour permettre aux provinces et aux territoires d'acheter et d'installer de l'équipement médical immédiatement pour les services de diagnostic et le traitement. Les montants sont alloués selon un montant égal par habitant pour les années 2000-2001 et 2001-2002.

- 2003 À la suite de l'Accord de février 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé et du budget de 2003 subséquent, les transferts fédéraux visant à appuyer les soins de santé dans les provinces et les territoires sont restructurés. Au TCSPS s'ajoute le Transfert visant la réforme des soins de santé, de 16 milliards de dollars sur cinq ans, à partir de 2003-2004. L'adoption de deux nouveaux transferts, le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS), est prévue pour le 1<sup>er</sup> avril 2004, grâce à un partage du TCSPS.

Dans le cadre de l'Accord de 2003, le gouvernement fédéral a également décidé de fournir aux provinces et aux territoires un fonds de 1,5 million de dollars sur trois ans pour l'achat d'équipement médical et diagnostique et la formation de personnel spécialisé, dans le but d'améliorer l'accès aux services de diagnostic financés par l'État.

- 2004 En septembre, les premiers ministres signent le Plan décennal pour consolider les soins de santé. Cette initiative engage le gouvernement du Canada à apporter une aide supplémentaire de 41,3 milliards de dollars en financement aux provinces et territoires pour la santé, notamment 35,3 milliards de dollars en augmentation au TCS, 5,5 milliards de dollars envers la réduction des temps d'attente et 500 M\$ pour le matériel médical. En 2005-2006, le soutien de base en espèces au TCS sera porté à 19 milliards de dollars, et une indexation de six pour cent s'appliquera annuellement à compter de 2006-2007, de sorte que la participation fédérale aux soins de santé continuera de croître de façon prévisible.

Des renseignements supplémentaires sur le plan décennal sont consultables en ligne à l'adresse suivante :

<http://pm.gc.ca/fra/news.asp?id=260>.



## Chapitre 3 - Les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux en 2004-2005

Le chapitre 3 porte sur les 13 régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux qui constituent le système public d'assurance-maladie du Canada. Il a pour objet de montrer avec clarté et méthode dans quelle mesure les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires ont satisfait aux exigences de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) en 2004-2005.

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

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

provinciaux et territoriaux, présentées à la suite de la description narrative.

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

Pour aider les provinces et les territoires qui préparent leur contribution au rapport à le faire conformément à ses exigences, Santé Canada leur a fourni le document *Rapport annuel de 2004-2005 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé - Guide de mise à jour des présentations*. Cet ouvrage a été conçu par voie de discussions avec les fonctionnaires provinciaux et territoriaux. Les révisions qui y sont apportées chaque année reposent sur l'analyse faite par Santé Canada des descriptions des régimes d'assurance-maladie tirées des rapports précédents et de son évaluation des nouveaux problèmes liés aux services de santé assurés.

En ce qui a trait au RAALCS de 2004-2005, le processus a débuté en 2004 par l'envoi à toutes les provinces et à tous les territoires d'une lettre sur le calendrier définitif, où sont précisés les problèmes à régler dans leurs présentations respectives. La version actualisée du *Guide de mise à jour des présentations* accompagnait la lettre.

Des réunions ont également été tenues avec des fonctionnaires du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut, de Terre-Neuve et de l'Île-du-Prince-Édouard pour passer en revue le processus et les exigences en matière de présentation de rapports.

### Descriptions des régimes d'assurance-maladie

Pour le chapitre suivant, on a demandé aux fonctionnaires provinciaux ou territoriaux de fournir une description de leurs régimes d'assurance-santé en respectant les critères énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* afin de démontrer la façon dont les régimes

respectent ces critères. Cette description comporte également des renseignements sur les moyens pris par chaque province ou territoire pour reconnaître la contribution financière du gouvernement fédéral aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Enfin, les fonctionnaires devaient décrire la gamme de services complémentaires de santé offerts par leur province ou territoire, par exemple les soins intermédiaires dans un foyer de soins, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins de santé ambulatoires.

### Améliorations de l'accès aux services de soins de santé

Au cours de l'exercice 2004-2005, les provinces et les territoires ont poursuivi la mise en œuvre d'initiatives visant à améliorer l'accès aux services de santé assurés pour les résidents. Notons, par exemple :

- Le 6 juin 2004, le ministre de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick a présenté un plan quadriennal, *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick*. Le plan renferme une stratégie axée sur l'amélioration de la santé et du bien-être des Néo-Brunswickois et la prestation de services de santé favorisant leur durabilité et leur abordabilité.
- Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a investi 4,5 millions de dollars dans de l'équipement médical et diagnostique, notamment des appareils de radiographie et d'échographie, de l'équipement de médecine nucléaire et un appareil d'IRM supplémentaire.
- Au Québec, le nombre de groupes de médecine familiale est passé de 21 à 103. Ces groupes assurent un accès aux services de santé 24 heures sur 24, sept jours sur sept.
- Le registre des chirurgies de la Saskatchewan fournit des données de suivi sur les patients en attente de chirurgie dans la province. Ces renseignements permettront de mieux gérer l'accès aux services chirurgicaux et les besoins en matière de ressources et de réduire les temps d'attente pour les patients.
- En 2004, l'Î.-P.-É. a reconduit sa stratégie de recrutement et de maintien en poste des infirmières autorisées pour attirer et retenir ces professionnelles en plus grand nombre. Cette initiative prévoit un soutien sous forme de parrainage, une aide à la réinstallation, des emplois d'été pour les étudiantes infirmières et un engagement permanent à affecter des ressources au recrutement.
- Le Nova Scotia's Telehealth Network (NSTHN) est un réseau de télésanté qui permet aux patients des régions rurales de consulter les spécialistes exerçant dans les grands centres urbains. De plus, il donne aux professionnels de la santé l'accès à de la formation à distance. En 2004-2005, le nombre de séances du réseau s'élevait à 2 700.
- L'Alberta a annoncé un investissement de 700 millions de dollars pour accroître la capacité de prestation de services de soins de santé et l'accès à ces services. C'est un des montants les plus élevés jamais investis dans ce système de santé, et la part revenant au ministère provincial de la Santé s'élevait à 350 millions.
- En 2004-2005, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a pris des mesures pour améliorer un certain nombre de stratégies déployées dans les divers secteurs des services de santé, notamment la santé et la sécurité de la population, les soins de santé primaires, la prise en charge des maladies chroniques, le régime équitable d'assurance-médicaments Fair PharmaCare, les services hospitaliers et chirurgicaux, les soins à domicile, les soins en établissement et les soins en fin de vie. La restructuration du système de santé de la province a permis d'améliorer l'accès à des soins de qualité.
- Les initiatives de soins de santé du Yukon ont été axées sur l'accessibilité et la disponibilité des services, le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé, les soins de santé primaires, l'élaboration de systèmes ainsi que les systèmes assurant d'autres modes de rémunération ou de prestation de services.

- Les Territoires du Nord-Ouest ont mis en place une ligne téléphonique (Info-Soins TNO) que tous les habitants peuvent utiliser lorsqu'ils ont besoin de renseignements sur la santé ou d'aide sur le plan familial. C'est un service gratuit et confidentiel, fourni par des infirmières autorisées (en anglais et en français) et disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept. S'y ajoutent des services d'interprétation dans toutes les langues autochtones du territoire.
- Grâce au réseau de télésanté du Nunavut, les communautés ont accès à une grande diversité de services, notamment les consultations de spécialistes, l'éducation en santé, la formation médicale continue et les visites familiales, ainsi que des services administratifs. En 2004-2005, le territoire a étendu ce réseau à toutes les communautés.

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

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

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

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

Bien que des efforts soient déployés pour saisir uniformément les données, il existe des différences dans la manière dont les gouvernements provinciaux et territoriaux déclarent les programmes et les services de soins de santé. Par conséquent, il n'y a pas de comparaisons entre les administrations. Les gouvernements des provinces et des territoires sont responsables de la qualité et de l'exhaustivité des données qu'ils fournissent.

### Organisation des renseignements

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

#### Personnes inscrites

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

#### Établissements publics

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

#### Établissements privés à but lucratif

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

#### Services médicaux assurés dans la province ou le territoire

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

**Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire – Hôpitaux**

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

**Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire – Médecins**

Cette sous-section porte sur les services médicaux qu'une province ou un territoire paie à une autre province ou à un autre territoire pour ses résidents qui s'y trouvent en visite.

**Services assurés offerts à l'extérieur du Canada – Hôpitaux**

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

**Services assurés offerts à l'extérieur du Canada – Médecins**

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

**Services de chirurgie dentaire assurés offerts dans la province ou le territoire**

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

## Annexe A – Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

La présente annexe offre au lecteur une codification administrative de la *Loi canadienne sur la santé* et du *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*. Une codification administrative est une interprétation de la loi initiale et comprend toute modification apportée depuis l'adoption de la loi.

Le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* est le seul règlement prévu par la loi. En vertu de ce règlement, les provinces et les territoires doivent

fournir une estimation des montants de la surfacturation et des frais modérateurs avant le début de chaque exercice financier afin que les pénalités appropriées puissent être perçues. Les provinces et les territoires doivent aussi présenter les états financiers indiquant les montants réels demandés afin de permettre le rapprochement avec les déductions réelles. Le règlement est également présenté sous forme de codification administrative.

Cette codification, qui n'a aucune valeur officielle, était à jour en juin 2001.





CANADA

OFFICE CONSOLIDATION

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

# Canada Health Act

# Loi canadienne sur la santé

R.S., 1985, c. C-6

L.R. (1985), ch. C-6

## WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

## AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.



## CHAPTER C-6

An Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services

Preamble

Whereas the Parliament of Canada recognizes:

—that it is not the intention of the Government of Canada that any of the powers, rights, privileges or authorities vested in Canada or the provinces under the provisions of the *Constitution Act, 1867*, or any amendments thereto, or otherwise, be by reason of this Act abrogated or derogated from or in any way impaired;

—that Canadians, through their system of insured health services, have made outstanding progress in treating sickness and alleviating the consequences of disease and disability among all income groups;

—that Canadians can achieve further improvements in their well-being through combining individual lifestyles that emphasize fitness, prevention of disease and health promotion with collective action against the social, environmental and occupational causes of disease, and that they desire a system of health services that will promote physical and mental health and protection against disease;

—that future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians;

—that continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians;

And whereas the Parliament of Canada wishes to encourage the development of health

## CHAPITRE C-6

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît :

Préambule

que le gouvernement du Canada n'entend pas par la présente loi abroger les pouvoirs, droits, privilèges ou autorités dévolus au Canada ou aux provinces sous le régime de la *Loi constitutionnelle de 1867* et de ses modifications ou à tout autre titre, ni leur déroger ou porter atteinte,

que les Canadiens ont fait des progrès remarquables, grâce à leur système de services de santé assurés, dans le traitement des maladies et le soulagement des affections et déficiences parmi toutes les catégories socio-économiques,

que les Canadiens peuvent encore améliorer leur bien-être en joignant à un mode de vie individuel axé sur la condition physique, la prévention des maladies et la promotion de la santé, une action collective contre les causes sociales, environnementales ou industrielles des maladies et qu'ils désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies,

que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens,

que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens;

## Chap. C-6

## Canada Health Act

services throughout Canada by assisting the provinces in meeting the costs thereof;

Now, therefore, Her Majesty, by and with the advice and consent of the Senate and House of Commons of Canada, enacts as follows:

considérant en outre que le Parlement du Canada souhaite favoriser le développement des services de santé dans tout le pays en aidant les provinces à en supporter le coût,

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

### SHORT TITLE

### TITRE ABRÉGÉ

Short title

**1.** This Act may be cited as the *Canada Health Act*.  
1984, c. 6, s. 1.

**1.** *Loi canadienne sur la santé*.  
1984, ch. 6, art. 1.

Titre abrégé

### INTERPRETATION

### DÉFINITIONS

Definitions

**2.** In this Act,  
“Act of 1977” [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

**2.** Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

Définitions

“cash contribution”  
« contribution pécuniaire »

“cash contribution” means the cash contribution in respect of the Canada Health and Social Transfer that may be provided to a province under subsections 15(1) and (4) of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*;

« assuré » Habitant d'une province, à l'exception :

« assuré »  
“insured person”

“dentist”  
« dentiste »

“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;

a) des membres des Forces canadiennes;  
b) des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade;  
c) des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition;

“extended health care services”  
« services complémentaires de santé »

“extended health care services” means the following services, as more particularly defined in the regulations, provided for residents of a province, namely,

d) des habitants de la province qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés.

- (a) nursing home intermediate care service,
- (b) adult residential care service,
- (c) home care service, and
- (d) ambulatory health care service;

« contribution » [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

“extra-billing”  
« surfacturation »

“extra-billing” means the billing for an insured health service rendered to an insured person by a medical practitioner or a dentist in an amount in addition to any amount paid or to be paid for that service by the health care insurance plan of a province;

« contribution pécuniaire » La contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux qui peut être versée à une province au titre des paragraphes 15(1) et (4) de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces.

« contribution pécuniaire »  
“cash contribution”

“health care insurance plan”  
« régime d'assurance-santé »

“health care insurance plan” means, in relation to a province, a plan or plans established by the law of the province to provide for insured health services;

« dentiste » Personne légalement autorisée à exercer la médecine dentaire au lieu où elle se livre à cet exercice.

« dentiste »  
“dentist”

“health care practitioner”  
« professionnel de la santé »

“health care practitioner” means a person lawfully entitled under the law of a province to provide health services in the place in which the services are provided by that person;

« frais modérateurs » Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation.

« frais modérateurs »  
“user charge”

“hospital”  
« hôpital »

“hospital” includes any facility or portion

thereof that provides hospital care, including acute, rehabilitative or chronic care, but does not include

(a) a hospital or institution primarily for the mentally disordered, or

(b) a facility or portion thereof that provides nursing home intermediate care service or adult residential care service, or comparable services for children;

“hospital services”  
« services hospitaliers »

“hospital services” means any of the following services provided to in-patients or out-patients at a hospital, if the services are medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability, namely,

(a) accommodation and meals at the standard or public ward level and preferred accommodation if medically required,

(b) nursing service,

(c) laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations,

(d) drugs, biologicals and related preparations when administered in the hospital,

(e) use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies,

(f) medical and surgical equipment and supplies,

(g) use of radiotherapy facilities,

(h) use of physiotherapy facilities, and

(i) services provided by persons who receive remuneration therefor from the hospital,

but does not include services that are excluded by the regulations;

“insured health services”  
« services de santé assurés »

“insured health services” means hospital services, physician services and surgical-dental services provided to insured persons, but does not include any health services that a person is entitled to and eligible for under any other Act of Parliament or under any Act of the legislature of a province that relates to workers’ or workmen’s compensation;

« habitant » Personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l’exception d’une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

« habitant »  
“resident”

« hôpital » Sont compris parmi les hôpitaux tout ou partie des établissements où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu’en matière de réadaptation, à l’exception :

« hôpital »  
“hospital”

a) des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux;

b) de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants.

« loi de 1977 » [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

« médecin » Personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.

« médecin »  
“medical practitioner”

« ministre » Le ministre de la Santé.

« ministre »  
“Minister”

« professionnel de la santé » Personne légalement autorisée en vertu de la loi d’une province à fournir des services de santé au lieu où elle les fournit.

« professionnel de la santé »  
“health care practitioner”

« régime d’assurance-santé » Le régime ou les régimes constitués par la loi d’une province en vue de la prestation de services de santé assurés.

« régime d’assurance-santé »  
“health care insurance plan”

« services complémentaires de santé » Les services définis dans les règlements et offerts aux habitants d’une province, à savoir :

« services complémentaires de santé »  
“extended health care services”

a) les soins intermédiaires en maison de repos;

b) les soins en établissement pour adultes;

c) les soins à domicile;

d) les soins ambulatoires.

« services de chirurgie dentaire » Actes de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical ou dentaire, accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent être accomplis convenablement qu’en un tel établissement.

« services de chirurgie dentaire »  
“surgical-dental services”

<p>“insured person” « assuré »</p>	<p>“insured person” means, in relation to a province, a resident of the province other than</p> <p>(a) a member of the Canadian Forces,</p> <p>(b) a member of the Royal Canadian Mounted Police who is appointed to a rank therein,</p> <p>(c) a person serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the <i>Penitentiary Act</i>, or</p> <p>(d) a resident of the province who has not completed such minimum period of residence or waiting period, not exceeding three months, as may be required by the province for eligibility for or entitlement to insured health services;</p>	<p>« services de santé assurés » Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l’exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d’une autre loi fédérale ou d’une loi provinciale relative aux accidents du travail.</p> <p>« services hospitaliers » Services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir :</p> <p>a) l’hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;</p> <p>b) les services infirmiers;</p> <p>c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;</p> <p>d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l’hôpital;</p> <p>e) l’usage des salles d’opération, des salles d’accouchement et des installations d’anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;</p> <p>f) le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;</p> <p>g) l’usage des installations de radiothérapie;</p> <p>h) l’usage des installations de physiothérapie;</p> <p>i) les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l’hôpital.</p> <p>Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements.</p>	<p>« services de santé assurés » “insured health services”</p> <p>« services hospitaliers » “hospital services”</p> <p>« services médicaux » “physician services”</p> <p>« surfacturation » “extra-billing”</p>
<p>“medical practitioner” « médecin »</p>	<p>“medical practitioner” means a person lawfully entitled to practise medicine in the place in which the practice is carried on by that person;</p>		
<p>“Minister” « ministre »</p>	<p>“Minister” means the Minister of Health;</p>		
<p>“physician services” « services médicaux »</p>	<p>“physician services” means any medically required services rendered by medical practitioners;</p>		
<p>“resident” « habitant »</p>	<p>“resident” means, in relation to a province, a person lawfully entitled to be or to remain in Canada who makes his home and is ordinarily present in the province, but does not include a tourist, a transient or a visitor to the province;</p>		
<p>“surgical-dental services” « services de chirurgie dentaire »</p>	<p>“surgical-dental services” means any medically or dentally required surgical-dental procedures performed by a dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures;</p>		
<p>“user charge” « frais modérateurs »</p>	<p>“user charge” means any charge for an insured health service that is authorized or permitted by a provincial health care insurance plan that is not payable, directly or indirectly, by a provincial health care insurance plan, but does not include any charge imposed by extra-billing.</p>		
	<p>R.S., 1985, c. C-6, s. 2; 1992, c. 20, s. 216(F); 1995, c. 17, s. 34; 1996, c.8, s. 32; 1999, c. 26, s. 11.</p>		
		<p>« services médicaux » Services médicalement nécessaires fournis par un médecin.</p> <p>« surfacturation » Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d’un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d’assurance-santé.</p>	

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.

## Loi canadienne sur la santé

## Chap. C-6

### CANADIAN HEALTH CARE POLICY

### POLITIQUE CANADIENNE DE LA SANTÉ

Primary objective of Canadian health care policy

**3.** It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.

1984, c. 6, s. 3.

**3.** La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.

1984, ch. 6, art. 3.

Objectif premier

### PURPOSE

### RAISON D'ÊTRE

Purpose of this Act

**4.** The purpose of this Act is to establish criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law that must be met before a full cash contribution may be made.

R.S., 1985, c. C-6, s. 4; 1995, c. 17, s. 35.

**4.** La présente loi a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 4; 1995, ch. 17, art. 35.

Raison d'être de la présente loi

### CASH CONTRIBUTION

### CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE

Cash contribution

**5.** Subject to this Act, as part of the Canada Health and Social Transfer, a full cash contribution is payable by Canada to each province for each fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 5; 1995, c. 17, s. 36.

**5.** Sous réserve des autres dispositions de la présente loi, le Canada verse à chaque province, pour chaque exercice, une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (ci-après, Transfert).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 5; 1995, ch. 17, art. 36.

Contribution pécuniaire

**6.** [Repealed, 1995, c. 17, s. 36]

**6.** [Abrogé, 1995, ch. 17, art. 36]

### PROGRAM CRITERIA

### CONDITIONS D'OCTROI

Program criteria

**7.** In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, the health care insurance plan of the province must, throughout the fiscal year, satisfy the criteria described in sections 8 to 12 respecting the following matters:

- (a) public administration;
- (b) comprehensiveness;
- (c) universality;
- (d) portability; and
- (e) accessibility.

1984, c. 6, s. 7.

**7.** Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujéti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :

- a) la gestion publique;
- b) l'intégralité;
- c) l'universalité;
- d) la transférabilité;
- e) l'accessibilité.

1984, ch. 6, art. 7.

Règle générale

Public administration

**8.** (1) In order to satisfy the criterion respecting public administration,

- (a) the health care insurance plan of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority appointed or designated by the government of the province;

**8.** (1) La condition de gestion publique suppose que :

- a) le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province;
- b) l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion;

Gestion publique

Designation of agency permitted	<p>(b) the public authority must be responsible to the provincial government for that administration and operation; and</p> <p>(c) the public authority must be subject to audit of its accounts and financial transactions by such authority as is charged by law with the audit of the accounts of the province.</p> <p>(2) The criterion respecting public administration is not contravened by reason only that the public authority referred to in subsection (1) has the power to designate any agency</p> <p>(a) to receive on its behalf any amounts payable under the provincial health care insurance plan; or</p> <p>(b) to carry out on its behalf any responsibility in connection with the receipt or payment of accounts rendered for insured health services, if it is a condition of the designation that all those accounts are subject to assessment and approval by the public authority and that the public authority shall determine the amounts to be paid in respect thereof.</p>	<p>c) l'autorité publique soit assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.</p> <p>(2) La condition de gestion publique n'est pas enfreinte du seul fait que l'autorité publique visée au paragraphe (1) a le pouvoir de désigner un mandataire chargé :</p> <p>a) soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;</p> <p>b) soit d'exercer en son nom les attributions liées à la réception ou au règlement des comptes remis pour prestation de services de santé assurés si la désignation est assujettie à la vérification et à l'approbation par l'autorité publique des comptes ainsi remis et à la détermination par celle-ci des montants à payer à cet égard.</p>	Désignation d'un mandataire
Comprehensiveness	<p>9. In order to satisfy the criterion respecting comprehensiveness, the health care insurance plan of a province must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and where the law of the province so permits, similar or additional services rendered by other health care practitioners.</p>	<p>9. La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.</p>	Intégralité
Universality	<p>10. In order to satisfy the criterion respecting universality, the health care insurance plan of a province must entitle one hundred per cent of the insured persons of the province to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.</p>	<p>10. La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.</p>	Universalité
Portability	<p>11. (1) In order to satisfy the criterion respecting portability, the health care insurance plan of a province</p> <p>(a) must not impose any minimum period of residence in the province, or waiting period, in excess of three months before residents of the province are eligible for or entitled to insured health services;</p>	<p>11. (1) La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :</p> <p>a) n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés;</p>	Transférabilité

(b) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment of amounts for the cost of insured health services provided to insured persons while temporarily absent from the province on the basis that

(i) where the insured health services are provided in Canada, payment for health services is at the rate that is approved by the health care insurance plan of the province in which the services are provided, unless the provinces concerned agree to apportion the cost between them in a different manner, or

(ii) where the insured health services are provided out of Canada, payment is made on the basis of the amount that would have been paid by the province for similar services rendered in the province, with due regard, in the case of hospital services, to the size of the hospital, standards of service and other relevant factors; and

(c) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment, during any minimum period of residence, or any waiting period, imposed by the health care insurance plan of another province, of the cost of insured health services provided to persons who have ceased to be insured persons by reason of having become residents of that other province, on the same basis as though they had not ceased to be residents of the province.

(2) The criterion respecting portability is not contravened by a requirement of a provincial health care insurance plan that the prior consent of the public authority that administers and operates the plan must be obtained for elective insured health services provided to a resident of the province while temporarily absent from the province if the services in question were available on a substantially similar basis in the province.

(3) For the purpose of subsection (2), “elective insured health services” means insured health services other than services that are provided in an emergency or in any other circumstance in which medical care is required without delay.

1984, c. 6, s. 11.

**12.** (1) In order to satisfy the criterion respecting accessibility, the health care insurance plan of a province

b) prévoit et que ses modalités d’application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province :

(i) si ces services sont fournis au Canada, selon le taux approuvé par le régime d’assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées,

(ii) s’il sont fournis à l’étranger, selon le montant qu’aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s’il s’agit de services hospitaliers, de l’importance de l’hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

c) prévoit et que ses modalités d’application assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d’assurance-santé d’une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu’elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d’origine.

(2) La condition de transférabilité n’est pas enfreinte du fait qu’il faut, aux termes du régime d’assurance-santé d’une province, le consentement préalable de l’autorité publique qui le gère pour la prestation de services de santé assurés facultatifs à un habitant temporairement absent de la province, si ces services y sont offerts selon des modalités sensiblement comparables.

(3) Pour l’application du paragraphe (2), « services de santé assurés facultatifs » s’entend des services de santé assurés, à l’exception de ceux qui sont fournis d’urgence ou dans d’autres circonstances où des soins médicaux sont requis sans délai.

1984, ch. 6, art. 11.

**12.** (1) La condition d’accessibilité suppose que le régime provincial d’assurance-santé :

Requirement for consent for elective insured health services permitted

Definition of “elective insured health services”

Accessibility

Consentement préalable à la prestation des services de santé assurés facultatifs

Définition de «services de santé assurés facultatifs»

Accessibilité

(a) must provide for insured health services on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to those services by insured persons;

(b) must provide for payment for insured health services in accordance with a tariff or system of payment authorized by the law of the province;

(c) must provide for reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists; and

(d) must provide for the payment of amounts to hospitals, including hospitals owned or operated by Canada, in respect of the cost of insured health services.

Reasonable compensation

(2) In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph (1)(c) shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provides

(a) for negotiations relating to compensation for insured health services between the province and provincial organizations that represent practising medical practitioners or dentists in the province;

(b) for the settlement of disputes relating to compensation through, at the option of the appropriate provincial organizations referred to in paragraph (a), conciliation or binding arbitration by a panel that is equally representative of the provincial organizations and the province and that has an independent chairman; and

(c) that a decision of a panel referred to in paragraph (b) may not be altered except by an Act of the legislature of the province.

1984, c. 6, s. 12.

CONDITIONS FOR CASH CONTRIBUTION

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

a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;

b) prévoit la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;

c) prévoit une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;

d) prévoit le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpitaux que possède ou gère le Canada, à l'égard du coût des services de santé assurés.

(2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa (1)c) si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant :

Rémunération raisonnable

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa a), soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les organisations provinciales et la province et ayant un président indépendant;

c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa b), sauf par une loi de la province.

1984, ch. 6, art. 12.

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE ASSUJETTIE À DES CONDITIONS

Obligations de la province

**13.** Le versement à une province de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujéti à l'obligation pour le gouvernement de la province :

a) de communiquer au ministre, selon les modalités de temps et autres prévues par les règlements, les renseignements du genre

(b) shall give recognition to the Canada Health and Social Transfer in any public documents, or in any advertising or promotional material, relating to insured health services and extended health care services in the province.

R.S., 1985, c. C-6, s. 13; 1995, c. 17, s. 37.

## DEFAULTS

**14.** (1) Subject to subsection (3), where the Minister, after consultation in accordance with subsection (2) with the minister responsible for health care in a province, is of the opinion that

(a) the health care insurance plan of the province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12, or

(b) the province has failed to comply with any condition set out in section 13,

and the province has not given an undertaking satisfactory to the Minister to remedy the default within a period that the Minister considers reasonable, the Minister shall refer the matter to the Governor in Council.

(2) Before referring a matter to the Governor in Council under subsection (1) in respect of a province, the Minister shall

(a) send by registered mail to the minister responsible for health care in the province a notice of concern with respect to any problem foreseen;

(b) seek any additional information available from the province with respect to the problem through bilateral discussions, and make a report to the province within ninety days after sending the notice of concern; and

(c) if requested by the province, meet within a reasonable period of time to discuss the report.

(3) The Minister may act without consultation under subsection (1) if the Minister is of the opinion that a sufficient time has expired after reasonable efforts to achieve consultation and that consultation will not be achieved.

1984, c. 6, s. 14.

**15.** (1) Where, on the referral of a matter under section 14, the Governor in Council is of the opinion that the health care insurance plan of a province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to

prévu aux règlements, dont celui-ci peut normalement avoir besoin pour l'application de la présente loi;

b) de faire état du Transfert dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 13; 1995, ch. 17, art. 37.

## MANQUEMENTS

**14.** (1) Sous réserve du paragraphe (3), dans le cas où il estime, après avoir consulté conformément au paragraphe (2) son homologue chargé de la santé dans une province :

a) soit que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12;

b) soit que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13,

et que celle-ci ne s'est pas engagée de façon satisfaisante à remédier à la situation dans un délai suffisant, le ministre renvoie l'affaire au gouverneur en conseil.

(2) Avant de renvoyer une affaire au gouverneur en conseil conformément au paragraphe (1) relativement à une province, le ministre :

a) envoie par courrier recommandé à son homologue chargé de la santé dans la province un avis sur tout problème éventuel;

b) tente d'obtenir de la province, par discussions bilatérales, tout renseignement additionnel disponible sur le problème et fait rapport à la province dans les quatre-vingt-dix jours suivant l'envoi de l'avis;

c) si la province le lui demande, tient une réunion dans un délai acceptable afin de discuter du rapport.

(3) Le ministre peut procéder au renvoi prévu au paragraphe (1) sans consultation préalable s'il conclut à l'impossibilité d'obtenir cette consultation malgré des efforts sérieux déployés à cette fin au cours d'un délai convenable.

1984, ch. 6, art. 14.

**15.** (1) Si l'affaire lui est renvoyée en vertu de l'article 14 et qu'il estime que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas

Renvoi au gouverneur en conseil

Étapes de la consultation

Impossibilité de consultation

Décret de réduction ou de retenue

Referral to Governor in Council

Consultation process

Where no consultation can be achieved

Order reducing or withholding contribution

12 or that a province has failed to comply with any condition set out in section 13, the Governor in Council may, by order,

(a) direct that any cash contribution to that province for a fiscal year be reduced, in respect of each default, by an amount that the Governor in Council considers to be appropriate, having regard to the gravity of the default; or

(b) where the Governor in Council considers it appropriate, direct that the whole of any cash contribution to that province for a fiscal year be withheld.

Amending orders

(2) The Governor in Council may, by order, repeal or amend any order made under subsection (1) where the Governor in Council is of the opinion that the repeal or amendment is warranted in the circumstances.

Notice of order

(3) A copy of each order made under this section together with a statement of any findings on which the order was based shall be sent forthwith by registered mail to the government of the province concerned and the Minister shall cause the order and statement to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the order is made.

Commencement of order

(4) An order made under subsection (1) shall not come into force earlier than thirty days after a copy of the order has been sent to the government of the province concerned under subsection (3).

R.S., 1985, c. C-6, s. 15; 1995, c. 17, s. 38.

Reimposition of reductions or withholdings

**16.** In the case of a continuing failure to satisfy any of the criteria described in sections 8 to 12 or to comply with any condition set out in section 13, any reduction or withholding under section 15 of a cash contribution to a province for a fiscal year shall be reimposed for each succeeding fiscal year as long as the Minister is satisfied, after consultation with the minister responsible for health care in the province, that the default is continuing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 16; 1995, c. 17, s. 39.

When reduction or withholding imposed

**17.** Any reduction or withholding under section 15 or 16 of a cash contribution may be imposed in the fiscal year in which the default that gave rise to the reduction or withholding occurred or in the following fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 17; 1995, c. 17, s. 39.

EXTRA-BILLING AND USER CHARGES

ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13, le gouverneur en conseil peut, par décret :

a) soit ordonner, pour chaque manquement, que la contribution pécuniaire d'un exercice à la province soit réduite du montant qu'il estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement;

b) soit, s'il l'estime indiqué, ordonner la retenue de la totalité de la contribution pécuniaire d'un exercice à la province.

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.

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.

Extra-billing	<p><b>18.</b> In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, no payments may be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province in respect of insured health services that have been subject to extra-billing by medical practitioners or dentists.</p> <p>1984, c. 6, s. 18.</p>	SURFACTURATION ET FRAIS MODÉRATEURS	<p><b>18.</b> Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.</p> <p>1984, ch. 6, art. 18.</p>	Surfacturation
User charges	<p><b>19.</b> (1) In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, user charges must not be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province.</p> <p>(2) Subsection (1) does not apply in respect of user charges for accommodation or meals provided to an in-patient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.</p> <p>1984, c. 6, s. 19.</p>	<p><b>19.</b> (1) Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateurs.</p> <p>(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.</p> <p>1984, ch. 6, art. 19.</p>	Frais modérateurs	
Limitation	<p>(2) Subsection (1) does not apply in respect of user charges for accommodation or meals provided to an in-patient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.</p> <p>1984, c. 6, s. 19.</p>	<p>(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.</p> <p>1984, ch. 6, art. 19.</p>	Réserve	
Deduction for extra-billing	<p><b>20.</b> (1) Where a province fails to comply with the condition set out in section 18, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged through extra-billing by medical practitioners or dentists in the province in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.</p> <p>(2) Where a province fails to comply with the condition set out in section 19, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged in the province in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.</p>	<p><b>20.</b> (1) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.</p>	Dédution en cas de surfacturation	
Deduction for user charges	<p>(2) Where a province fails to comply with the condition set out in section 19, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged in the province in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.</p>	<p>(2) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 19, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total des frais modérateurs assujettis à l'article 19 imposés dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.</p>	Dédution en cas de frais modérateurs	
Consultation with province	<p>(3) The Minister shall not estimate an amount under subsection (1) or (2) without first undertaking to consult the minister responsible for health care in the province concerned.</p>	<p>(3) Avant d'estimer un montant visé au paragraphe (1) ou (2), le ministre se charge de consulter son homologue responsable de la santé dans la province concernée.</p>	Consultation de la province	

Separate accounting in Public Accounts

(4) Any amount deducted under subsection (1) or (2) from a cash contribution in any of the three consecutive fiscal years the first of which commences on April 1, 1984 shall be accounted for separately in respect of each province in the Public Accounts for each of those fiscal years in and after which the amount is deducted.

(4) Les montants déduits d'une contribution pécuniaire en vertu des paragraphes (1) ou (2) pendant les trois exercices consécutifs dont le premier commence le 1er avril 1984 sont comptabilisés séparément pour chaque province dans les comptes publics pour chacun de ces exercices pendant et après lequel le montant a été déduit.

Comptabilisation

Refund to province

(5) Where, in any of the three fiscal years referred to in subsection (4), extra-billing or user charges have, in the opinion of the Minister, been eliminated in a province, the total amount deducted in respect of extra-billing or user charges, as the case may be, shall be paid to the province.

(5) Si, de l'avis du ministre, la surfacturation ou les frais modérateurs ont été supprimés dans une province pendant l'un des trois exercices visés au paragraphe (4), il est versé à cette dernière le montant total déduit à l'égard de la surfacturation ou des frais modérateurs, selon le cas.

Remboursement à la province

Saving

(6) Nothing in this section restricts the power of the Governor in Council to make any order under section 15.

(6) Le présent article n'a pas pour effet de limiter le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre le décret prévu à l'article 15.

Réserve

1984, c. 6, s. 20.

1984, ch. 6, art. 20.

When deduction made

21. Any deduction from a cash contribution under section 20 may be made in the fiscal year in which the matter that gave rise to the deduction occurred or in the following two fiscal years.

21. Toute déduction d'une contribution pécuniaire visée à l'article 20 peut être appliquée pour l'exercice où le fait à son origine a eu lieu ou pour les deux exercices suivants.

Application aux exercices ultérieurs

1984, c. 6, s. 21.

1984, ch. 6, art. 21.

REGULATIONS

RÈGLEMENTS

Regulations

22. (1) Subject to this section, the Governor in Council may make regulations for the administration of this Act and for carrying its purposes and provisions into effect, including, without restricting the generality of the foregoing, regulations

22. (1) Sous réserve des autres dispositions du présent article, le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente loi et, notamment :

Règlements

(a) defining the services referred to in paragraphs (a) to (d) of the definition "extended health care services" in section 2;

a) définir les services visés aux alinéas a) à d) de la définition de «services complémentaires de santé» à l'article 2;

(b) prescribing the services excluded from hospital services;

b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;

(c) prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13(a) and the times at which and the manner in which that information shall be provided; and

c) déterminer les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre en vertu de l'alinéa 13a) et fixer les modalités de temps et autres de leur communication;

(d) prescribing the manner in which recognition to the Canada Health and Social Transfer is required to be given under paragraph 13(b).

d) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13b).

Agreement of provinces

(2) Subject to subsection (3), no regulation may be made under paragraph (1)(a) or (b) except with the agreement of each of the provinces.

(2) Sous réserve du paragraphe (3), il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)a) ou b) qu'avec l'accord de chaque province.

Consentement des provinces

Exception

(3) Subsection (2) does not apply in respect of regulations made under paragraph (1)(a) if they are substantially the same as regulations made under the Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act, as it read immediately before April 1, 1984.

(3) Le paragraphe (2) ne s'applique pas aux règlements pris en vertu de l'alinéa (1)a s'ils sont sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, dans sa version précédant immédiatement le 1er avril 1984.

Exception

Consultation with provinces

(4) No regulation may be made under paragraph (1)(c) or (d) unless the Minister has first consulted with the ministers responsible for health care in the provinces.

(4) Il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)c) ou d) que si le ministre a au préalable consulté ses homologues chargés de la santé dans les provinces.

Consultation des provinces

R.S., 1985, c. C-6, s. 22; 1995, c. 17, s. 40.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 22; 1995, ch. 17, art. 40.

## REPORT TO PARLIAMENT

## RAPPORT AU PARLEMENT

Annual report by Minister

**23.** The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

**23.** Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement.

Rapport annuel du ministre

1984, c. 6, s. 23.

1984, ch. 6, art. 23.



**OFFICE CONSOLIDATION**

**CODIFICATION ADMINISTRATIVE**

**Extra-billing and User  
Charges Information  
Regulations**

**Règlement concernant  
les renseignements sur la  
surfacturation et les frais  
modérateurs**

**SOR/86-259**

**DORS/86-259**

## WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

## AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.

REGULATIONS PRESCRIBING THE TYPES OF INFORMATION THAT THE MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE MAY REQUIRE UNDER PARAGRAPH 13(a) OF THE CANADA HEALTH ACT IN RESPECT OF EXTRA-BILLING AND USER CHARGES AND THE TIMES AT WHICH AND THE MANNER IN WHICH SUCH INFORMATION SHALL BE PROVIDED BY THE GOVERNMENT OF EACH PROVINCE

SHORT TITLE

1. These Regulations may be cited as the Extra-billing and User Charges Information Regulations.

INTERPRETATION

2. In these Regulations,  
"Act" means the *Canada Health Act*; (*Loi*)  
"Minister" means the Minister of National Health and Welfare; (*ministre*)  
"fiscal year" means the period beginning on April 1 in one year and ending on March 31 in the following year. (*exercice*)

TYPES OF INFORMATION

3. For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to extra-billing in the province in a fiscal year:

- (a) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and
- (b) a financial statement showing the aggregate amount actually charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

4. For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to user charges in the province in a fiscal year:

- (a) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and
- (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.

RÈGLEMENT DÉTERMINANT LES GENRES DE RENSEIGNEMENTS DONT PEUT AVOIR BESOIN LE MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL EN VERTU DE L'ALINÉA 13a) DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ QUANT À LA SURFACTURATION ET AUX FRAIS MODÉRATEURS ET FIXANT LES MODALITÉS DE TEMPS ET LES AUTRES MODALITÉS DE LEUR COMMUNICATION PAR LE GOUVERNEMENT DE CHAQUE PROVINCE

TITRE ABRÉGÉ

1. Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs.

DÉFINITIONS

2. Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.  
« exercice » La période commençant le 1<sup>er</sup> avril d'une année et se terminant le 31 mars de l'année suivante. (*fiscal year*)  
« Loi » *La Loi canadienne sur la santé*. (*Act*)  
« ministre » Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. (*Minister*)

GENRE DE RENSEIGNEMENTS

3. Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants de la surfacturation pratiquée dans la province au cours d'un exercice :

- a) une estimation du montant total de la surfacturation, à la date de l'estimation, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;
- b) un état financier indiquant le montant total de la surfacturation effectivement imposée, accompagné d'une explication de la façon dont cet état a été établi.

4. Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants des frais modérateurs imposés dans la province au cours d'un exercice :

- a) une estimation du montant total, à la date de l'estimation, des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;
- b) un état financier indiquant le montant total des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi effectivement imposés dans la province, accompagné d'une explication de la façon dont le bilan a été établi.

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.

5. (1) Le gouvernement d'une province doit communiquer au ministre les renseignements visés aux articles 3 et 4, dont le ministre peut normalement avoir besoin, selon l'échéancier suivant :

a) pour les estimations visées aux alinéas 3a) et 4a), avant le 1<sup>er</sup> avril de l'exercice visé par ces estimations;

b) pour les états financiers visés aux alinéas 3b) et 4b), avant le seizième jour du vingt et unième mois qui suit la fin de l'exercice visé par ces états.

(2) Le gouvernement d'une province peut, à sa discrétion, fournir au ministre des ajustements aux estimations prévues aux alinéas 3a) et 4a), avant le 16 février de l'année financière visée par ces estimations.

(3) Les renseignements visés aux paragraphes (1) et (2) doivent être expédiés au ministre par le moyen de communication le plus pratique.

## Annexe B – Énoncés de politiques liées à la Loi canadienne sur la santé

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

### Lettre « Epp »

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

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. La lettre présente les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la LCS. Ces éclaircissements ont été utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la loi. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la loi.

### Politique fédérale sur les cliniques privées

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

Lors de la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de « prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

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

[Voici le texte de la lettre envoyée le 15 juillet 1985 au ministre des Affaires sociales du Québec par l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé et du Bien-être social. (Nota : le ministre Epp a envoyé une lettre identique en anglais aux autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé le 18 juin 1985.)]

Le 15 juillet 1985

OTTAWA, K1A 0K9

Monsieur le Ministre,

Maintenant que j'ai terminé ma ronde de consultations bilatérales au cours des derniers mois avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, de même que lors de la rencontre de Winnipeg les 16 et 17 mai, j'aimerais confirmer mes intentions relativement à l'interprétation et à la mise en oeuvre de la *Loi canadienne sur la santé*. J'apprécierais plus particulièrement que vous me fassiez connaître par écrit vos vues au sujet des projets de règlements ci-joints afin que je puisse prendre les mesures nécessaires pour assurer leur promulgation dès que possible. Aussi, je vous écrirai plus longuement concernant les informations dont j'aurai besoin pour préparer le rapport annuel que je dois soumettre au Parlement.

Tel que souligné lors de notre réunion à Winnipeg, j'entends respecter la compétence des provinces pour tout ce qui touche à la santé et à la prestation des services de santé. Je sais, par conviction et par expérience, qu'on peut accomplir davantage dans l'harmonie et la collaboration que dans la discorde et l'affrontement.

En ce qui a trait à la *Loi canadienne sur la santé*, la conclusion qui s'impose à moi, à la suite de nos entretiens, c'est que nous sommes tous au même titre les dépositaires de la confiance du public et que nous nous sommes tous promis de conserver un système d'assurance-santé universel, complet, accessible et transférable, géré par un organisme public à l'avantage de tous les habitants du Canada, et que nous allons l'améliorer si c'est possible.

Nos échanges ont renforcé la conviction que j'avais déjà, à savoir que vous avez besoin de suffisamment de latitude et de souplesse administrative pour faire fonctionner vos régimes d'assurance-santé. Vous connaissez bien mieux que moi les besoins et les priorités des habitants de vos provinces par rapport aux facteurs géographiques et économiques. Il est essentiel, par ailleurs, que les provinces assument la responsabilité qui leur incombe en premier d'assurer les services de santé.

J'ai eu en même temps le sentiment que les provinces désirent que le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle concret, tant sur le plan monétaire qu'autrement, afin de les aider dans leurs efforts pour tenter de réaliser les objectifs fondamentaux du système de soins: protéger, favoriser et restaurer le bien-être physique et mental des Canadiens. En tant que groupe, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé acceptent l'existence d'une association coopérative avec le gouvernement fédéral basée d'abord sur les contributions que ce dernier verse au titre des soins et des services complémentaires de santé assurés.

Je dirais peut-être aussi que la *Loi canadienne sur la santé* ne constitue pas la réponse aux défis devant lesquels nous nous trouvons pour ce qui est de l'appareil de santé. Il me tarde de travailler avec vous dans un esprit de collaboration afin que nous puissions relever des défis comme l'évolution rapide de la technologie médicale et le vieillissement de la population, et que nous arrivions à définir des stratégies de promotion de la santé ainsi que d'autres formules pour assurer les soins.

Pour revenir à la tâche immédiate que représente l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, je veux établir quelques énoncés raisonnablement complets de politique générale fédérale, à commencer par chacun des critères contenus dans la mesure législative.

### Gestion publique

Le critère de la gestion publique est généralement accepté. Le but est de laisser la gestion des régimes provinciaux d'assurance-santé à une autorité publique, responsable devant le gouvernement provincial des décisions prises au sujet des seuils de prestations et des services, et assujettie à la vérification de ses dossiers et de ses comptes par une autorité publique.

### Intégralité

La *Loi canadienne sur la santé* n'a pas pour but d'étendre ou de réduire la gamme de services assurés prévue dans l'ancienne législation fédérale. Sont compris dans les services assurés les soins hospitaliers nécessaires de l'avis d'un médecin, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire qui doivent obligatoirement être dispensés à l'hôpital. Les régimes provinciaux doivent couvrir le coût des services aux malades hospitalisés et des services aux malades externes associés à la prestation des soins actifs, des soins de réadaptation et des soins aux malades chroniques. Pour ce qui est des services médicaux, les services assurés englobent généralement les services exigés pour des raisons médicales dispensés par des médecins autorisés de même que les interventions de chirurgie dentaire qui exigent l'hôpital pour être pratiquées comme il se doit. Les services dispensés par les autres professionnels des soins, sauf ceux qui doivent fournir les services hospitaliers nécessaires, ne sont pas assujettis aux critères de la loi.

À l'intérieur de ces paramètres généraux, les provinces, de même que les médecins, ont le privilège et aussi la responsabilité de dire en quoi consistent les services médicaux nécessaires pour des raisons médicales. Ce sont aussi les provinces qui déterminent quels hôpitaux et quels services hospitaliers sont exigés pour fournir les soins actifs, les soins de réadaptation ou les soins aux malades chroniques.

### Universalité

Le but de la *Loi canadienne sur la santé* est de garantir que tous les habitants reconnus d'une province ont droit à la protection et aux prestations en vertu d'un des douze régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé. Cependant les résidents éligibles ont la latitude et peuvent élire de ne pas adhérer au régime provincial.

L'accord sur l'admissibilité et la transférabilité fournit des directives utiles pour établir le domicile et déterminer les modalités qui permettent d'obtenir et de conserver la protection. Les dispositions en sont compatibles avec celles de la loi.

Je veux dire quelques mots au sujet des primes. Les provinces ont incontestablement le droit de prélever des impôts et la *Loi canadienne sur la santé* n'entrave pas ce droit. La loi n'interdit pas le système de primes *en soi*, pourvu que le régime provincial d'assurance-santé soit appliqué et géré de manière à ne pas refuser la protection ou empêcher l'accès aux services hospitaliers et aux services médicaux nécessaires pour les habitants reconnus d'une province. Les modalités administratives devraient être telles que les habitants ne soient pas privés de la protection parce qu'ils sont incapables de payer les primes.

Je suis conscient des problèmes auxquels font face certaines provinces dans le cas des touristes et des visiteurs qui peuvent avoir besoin de services de santé pendant leur séjour au Canada. Avec mes collègues du Cabinet, le ministre des Affaires extérieures et la ministre de l'Emploi et de l'Immigration, je veux effectuer un examen de ce qui se fait actuellement pour que tous les moyens soient pris afin

d'informer les visiteurs éventuels de la nécessité de se protéger en se procurant une assurance-santé suffisante avant d'entrer au Canada.

En somme, je crois qu'en notre qualité de ministres de la Santé, nous avons tous l'obligation de poursuivre l'objectif, autrement dit, faire en sorte que toutes les personnes dûment domiciliées dans une province obtiennent et conservent le droit aux services assurés, et cela selon des modalités uniformes.

### Transférabilité

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la transférabilité visent à fournir aux assurés une protection ininterrompue en vertu de leur régime d'assurance-santé quand ils s'absentent temporairement de la province où ils sont domiciliés ou quand ils se déplacent d'une province à une autre. Pendant un séjour temporaire dans une autre province, les habitants reconnus d'une province ne devraient pas être obligés de payer de leur poche pour obtenir les services hospitaliers ou médicaux nécessaires. Les fournisseurs de soins devraient avoir l'assurance de toucher des montants raisonnables à l'égard du coût de ces services.

Quant aux services assurés reçus pendant un séjour à l'étranger, le but est de garantir une indemnisation raisonnable au titre des services hospitaliers ou médicaux d'urgence qui sont nécessaires ou des services prescrits qui n'existent pas dans une province ou dans les provinces voisines. En général, les formules de paiement rattachées aux indemnités qui auraient été versées au titre des mêmes services dispensés dans une province pourraient être acceptées pour les besoins de la *Loi canadienne sur la santé*.

Dans mes entretiens avec les ministres provinciaux et territoriaux, j'ai senti un désir d'arriver aux objectifs souhaités en matière de transférabilité et de réduire au minimum les difficultés que les Canadiens peuvent rencontrer quand ils se déplacent au Canada. Je crois que les ministres de la Santé des provinces et des territoires sont tous désireux de voir à ce que ces services soient fournis de façon plus efficace et d'une manière plus économique pour que les Canadiens puissent conserver leur protection d'assurance-santé ou obtenir les prestations ou les services sans empêchement indu.

Des progrès appréciables ont été réalisés ces dernières années grâce aux accords de réciprocité qui permettent d'atteindre les objectifs de transférabilité visés par la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui a trait à la protection à l'intérieur du Canada. Ces accords ne font pas obstacle aux droits et privilèges des provinces quand il s'agit de déterminer quels sont les services rendus dans une autre province et d'en prévoir l'indemnisation. Ils n'empêchent pas non plus les provinces d'exercer un contrôle raisonnable par le moyen de l'approbation préalable des interventions facultatives. Mais je reconnais qu'il y a encore du travail à faire relativement aux modalités de paiement entre les provinces pour atteindre cet objectif, surtout par rapport aux services des médecins.

Je suis bien conscient que toutes les difficultés ne peuvent être résolues du jour au lendemain et qu'il faudra allouer assez de temps pour que les régimes provinciaux arrivent à ne pas exiger de frais directs des malades pour les services hospitaliers et les services médicaux nécessaires fournis dans les autres provinces.

Quant aux services nécessaires fournis à l'étranger, j'ai confiance que nous pouvons établir des normes acceptables d'indemnisation au titre des services médicaux et des services hospitaliers essentiels. La *Loi* ne définit pas de formule particulière et je serais heureux de connaître vos vues à ce sujet.

Pour que nos efforts s'harmonisent, je proposerais de demander au Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement d'examiner différentes possibilités et de présenter d'ici un an des solutions pour atteindre ces objectifs.

### Accessibilité raisonnable

La loi est assez claire à l'égard de certains aspects de l'accessibilité. Ce qu'elle cherche à faire, c'est de décourager la pratique voulant que des frais soient exigés sur-le-champ pour les services assurés fournis aux assurés et d'empêcher que s'exercent de fâcheuses distinctions à l'égard d'un groupe de population en ce qui a trait à la facturation des services ou de l'usage nécessaire des services assurés. La loi met en même temps l'accent sur l'association qui doit exister entre les fournisseurs des services assurés et les gestionnaires des régimes provinciaux, exigeant que les régimes provinciaux comportent des mécanismes raisonnables de paiement ou d'indemnisation pour que les usagers aient un accès raisonnable aux services. Je veux souligner de nouveau mon intention de respecter les privilèges des provinces relativement à l'organisation, à l'émission d'un permis d'exercice, à l'offre, à la répartition de la main-d'oeuvre, ainsi qu'à l'affectation des ressources et aux priorités dans le cas des services assurés. Je tiens à vous assurer que le gouvernement fédéral ne recourra pas à la disposition relative à l'accès raisonnable pour intervenir directement dans des questions comme l'existence matérielle ou géographique des services ou la régie par les provinces des établissements et des professions qui fournissent les services assurés. Les grandes questions ayant trait à l'accès aux services de santé me seront inévitablement signalées. Je veux vous donner l'assurance que mon Ministère travaillera par l'intermédiaire des bureaux des ministres provinciaux et territoriaux, et de concert avec eux, afin de régler ces questions.

Mon but en vous faisant part de mes intentions au sujet des critères contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*, c'est de nous permettre de travailler ensemble à définir notre système national d'assurance-santé. Je crois que si nous poursuivons le dialogue, si nous sommes favorables à l'idée d'échanger des renseignements et que nous voulons le faire, et si nous comprenons bien de part et d'autre les règles du jeu, nous pouvons mettre en oeuvre la Loi sans animosité et sans conflit.

Je préférerais que les ministres provinciaux et territoriaux aient eux-mêmes une possibilité d'interpréter les critères de la *Loi canadienne sur la santé* et de les appliquer à leurs régimes d'assurance-santé respectifs. Je crois également que les ministres de la Santé des provinces et des territoires comprennent et acceptent tous que j'ai des comptes à rendre au Parlement du Canada, et que je dois notamment présenter tous les ans un rapport sur le fonctionnement des régimes provinciaux d'assurance-santé en ce qui a trait au respect de ces critères fondamentaux.

### Conditions

Cela m'amène aux conditions relatives à l'obligation de reconnaître les contributions fédérales et à celles de fournir des renseignements, l'une et l'autre pouvant être précisées dans le règlement. À ce propos, je veux me guider sur les principes suivants :

1. faire le moins de règlements possibles et seulement si c'est absolument nécessaire;
2. compter sur la bonne volonté des ministres pour reconnaître comme il se doit le rôle et la contribution du gouvernement fédéral et pour fournir de plein gré les renseignements nécessaires afin d'exécuter la loi et de faire rapport au Parlement;
3. recourir à la concertation et à l'échange de renseignements qui nous profitent mutuellement comme moyens privilégiés pour mettre en oeuvre et faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé*;
4. utiliser les mécanismes qui existent déjà pour échanger des renseignements à l'avantage mutuel de nos administrations.

En ce qui a trait à la reconnaissance des contributions fédérales à la santé par les gouvernements provinciaux et territoriaux, je suis convaincu que nous pouvons normalement arriver sans peine à nous entendre sur la solution appropriée. À mon avis, la meilleure formule, c'est de montrer qu'en tant que ministres de la Santé, nous travaillons ensemble dans l'intérêt du contribuable et du malade.

À l'égard de l'information, je m'en tiens à l'engagement que j'ai pris d'améliorer si possible les systèmes nationaux de données déjà en place, et cela dans un esprit de collaboration et de coopération. Ces systèmes servent à plus d'une fin et fournissent au gouvernement fédéral aussi bien qu'aux autres organismes et au grand public des données essentielles sur notre appareil de soins et l'état de santé de notre population. J'entrevois la poursuite d'un travail en association qui permettra d'améliorer les systèmes d'information sanitaire dans des domaines comme les taux de morbidité et de mortalité, l'état de santé, le fonctionnement des services de santé et leur utilisation, le coût et le financement des soins.

Je crois fermement que le gouvernement fédéral n'a pas besoin de réglementer ces questions. Je n'ai donc pas l'intention de recourir au pouvoir de réglementation pour ce qui est des renseignements exigés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* quand il s'agit d'étendre ou de modifier les systèmes généraux de données et les échanges de renseignements. Afin que l'information relative à la *Loi canadienne sur la santé* circule le plus économiquement possible, je vois seulement deux mécanismes particuliers, et essentiels, de transfert des données :

1. des estimations et des bilans sur la surfacturation et les frais modérateurs;
2. un bilan provincial annuel (peut-être sous la forme d'une lettre qui me sera envoyée) à présenter à peu près six mois après la fin de l'exercice financier, décrivant le fonctionnement des régimes provinciaux respectifs d'assurance-santé par rapport aux critères et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.

Au sujet du premier point, je propose d'établir des règlements dont le contenu sera identique à celui des règlements qui ont été acceptés pour 1985-86. Vous trouverez un projet de règlements joint à titre d'annexe I. Pour aider à préparer le bilan provincial annuel auquel je fais allusion au deuxième point, j'ai élaboré des directives générales qui constituent l'annexe II. Au-delà de ces documents bien précis, j'ai confiance que l'échange spontané et mutuellement bénéfique d'éléments tels que les lois, les règlements et les descriptions de programmes se poursuivra.

Une question a été soulevée au cours de nos entretiens antérieurs que nous avons eus au début, à savoir si les estimations ou les retenues en ce qui a trait aux frais modérateurs et à la surfacturation devraient être fondées sur les « montants facturés » ou sur les « montants perçus ». La loi établit clairement que les retenues doivent être basées sur les montants facturés. Or, en ce qui a trait aux frais modérateurs, des régimes provinciaux acquittent les frais indirectement pour certaines personnes. Lorsqu'il est nettement démontré qu'un régime provincial rembourse aux fournisseurs de soins le montant facturé mais ne le perçoit pas, disons à l'égard des bénéficiaires de l'aide sociale ou dans le cas des comptes impayés, il faudra rajuster en conséquence les estimations et les retenues.

Je veux insister sur le fait que lorsqu'un régime provincial n'autorise pas les frais modérateurs, tout le système doit être conforme au but du critère de l'accessibilité raisonnable énoncé [dans cette lettre].

### Règlements

En plus de ceux qui visent la reconnaissance du rôle fédéral et les renseignements à fournir, dont il est question précédemment, la loi prévoit l'établissement de règlements ayant rapport aux services hospitaliers exclus et de règlements relatifs à la définition des services complémentaires de santé.

Vous êtes au courant que la loi spécifie que chacune des provinces doit être consultée et qu'il doit y avoir entente au sujet des règlements. Les discussions que j'ai eues avec vous n'ont fait ressortir que certaines inquiétudes au sujet de l'ensemble provisoire de services exclus des règlements sur les services hospitaliers, ci-joint.

De même, je n'ai pas perçu d'inquiétude au sujet du projet de règlements qui définit les services complémentaires de santé. Ces règlements aident à fournir des précisions pour que les provinces

puissent interpréter la loi et gérer les régimes et programmes en cours. Ils ne modifient pas sensiblement ou en substance ceux qui ont été en vigueur pendant huit ans en vertu de la partie IV de la *Loi de 1977* sur les contributions à l'enseignement postsecondaire et à la santé. Il se pourrait bien, cependant, quand nous commencerons à examiner les défis à relever dans le domaine des soins, que nous devions songer à revoir ces définitions.

J'ai voulu par cette lettre essayer d'établir des règles de base souples, raisonnables et claires pour faciliter à l'échelon provincial, aussi bien qu'à l'échelon fédéral, l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*. J'ai voulu englober beaucoup de questions, dont l'interprétation des critères, la position fédérale au sujet des conditions et les projets de règlements. Je suis évidemment conscient qu'une lettre de cette sorte ne peut pas traiter de chacun des points qui préoccupent chaque ministre de la Santé. Il est donc essentiel qu'un dialogue et que la communication se poursuivent.

En terminant, laissez-moi vous remercier de l'aide que vous avez apportée pour en arriver à ce que je crois être un point de vue généralement accepté en ce qui a trait à l'interprétation et à l'application de la loi. Tel que mentionné au début de cette lettre, je vous saurais gré de me signaler par écrit, sous peu vos vues sur les projets de règlements ci-joints. J'ai l'intention de vous écrire bientôt au sujet de l'échange volontaire de renseignements dont nous avons discuté, relativement à l'administration de la loi et du rapport à présenter au Parlement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Jake Epp

[Voici le texte de la lettre envoyée le 6 janvier 1995 à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'honorable Diane Marleau, ministre de la Santé.]

Le 6 janvier 1995

Cher collègue,

Objet : la Loi canadienne sur la santé

La *Loi canadienne sur la santé* est en vigueur depuis un peu plus d'une décennie. Les principes énoncés dans la loi (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) continuent d'être appuyés par tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et par la grande majorité des Canadiens et des Canadiennes. Mais l'érosion possible du système de santé canadien administré et financé par le secteur public suscite des craintes, et il est essentiel de prendre les moyens nécessaires pour préserver ces principes.

Il est clair à la suite de la réunion de Halifax tenue récemment, que plusieurs ministres de la Santé sont préoccupés par une tendance à interpréter la loi de façons divergentes. J'aborderai d'autres questions à la fin de la présente lettre à cet égard. Toutefois, ma préoccupation principale concerne les cliniques privées et les frais d'établissement qu'elles perçoivent auprès de leurs patients. C'est un problème qui n'est pas nouveau pour les ministres de la Santé. Il a fait l'objet d'importantes discussions lors de notre réunion à Halifax l'an dernier. Pour les raisons que j'expose dans cette lettre, je suis convaincue que la prolifération d'un « second palier » d'établissements, exploités entièrement ou dans une large mesure en dehors du système de santé administré et financé par des fonds publics, et dispensant des services médicalement nécessaires, constitue une menace sérieuse pour le système de soins de santé du Canada.

Plus précisément, et plus directement, je considère que les frais d'établissement exigés par les cliniques privées pour des services médicalement nécessaires représentent un problème sérieux qui doit être réglé. Selon moi, de tels frais constituent des frais modérateurs et à ce titre, ils contreviennent au principe de l'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*.

Bien que ces frais d'établissement ne soient pas définis dans la loi fédérale, ni dans les dispositions législatives de la plupart des provinces, ce terme renvoie aux montants d'argent qui peuvent être exigés pour des services de type hospitalier dispensés en clinique et qui ne sont pas remboursés par la province, par opposition aux services fournis par un médecin. Lorsque ces frais d'établissement sont imposés pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique qui reçoit, par ailleurs, en vertu du régime d'assurance-santé de la province, des fonds publics pour la prestation de ces services, ces frais constituent un obstacle financier à l'accessibilité des services. Ils enfreignent par conséquent la disposition de la loi relative aux frais modérateurs (article 19).

Les frais d'établissement sont, à mon avis, inacceptables parce qu'ils limitent l'accès aux services médicalement nécessaires.

De plus, lorsque des cliniques qui reçoivent des fonds publics pour dispenser des services médicalement nécessaires exigent en supplément des frais d'établissement, les personnes qui ont les moyens de payer de tels frais sont directement subventionnées par tous les autres Canadiens et Canadiennes. Il m'apparaît tout à fait inacceptable de subventionner de la sorte un système de santé à deux paliers.

Ma position sur les frais d'établissement repose sur deux arguments. Le premier touche la politique en matière de santé. Dans le contexte actuel de la prestation des services de santé, une interprétation qui permet l'imposition de frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires alors que le régime d'assurance-santé de la province couvre les honoraires du médecin va à l'encontre de l'esprit et de l'objet de la loi. Autrefois, de nombreux services médicaux exigeaient un séjour à l'hôpital; maintenant, grâce aux progrès de la technologie médicale et à la tendance à dispenser des services dans des endroits plus accessibles, il est possible d'offrir une vaste gamme de soins ou de services ambulatoires à l'extérieur du cadre hospitalier traditionnel. Le critère de la loi relatif à l'accessibilité, critère dont la disposition sur les frais modérateurs ne constitue qu'un exemple, avait, de toute évidence, pour objet de veiller à ce que les résidents du Canada reçoivent tous les services de santé médicalement nécessaires, sans obstacle financier ou autre, et quel que soit l'endroit où ces services sont dispensés. Ce critère doit conserver son sens initial quelle que soit la façon dont l'exercice de la médecine évolue.

Le deuxième argument relève de l'interprétation juridique. La définition du terme « hôpital » prévue dans la loi comprend tout établissement qui offre des soins hospitaliers aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ou exigeant des services de réadaptation. Cette définition couvre aussi les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Pour des raisons touchant à la fois la politique et l'interprétation juridique, je considère donc que lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial prévoit le paiement d'honoraires de médecin pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique, il doit également prévoir le paiement des services (hospitaliers) connexes associés à la prestation de ces services, sans quoi la province en question devra s'attendre à l'application de déductions correspondant au total des frais modérateurs.

Je me rends bien compte que cette interprétation nécessitera certaines modifications, particulièrement dans les provinces où des cliniques exigent actuellement des frais d'établissement applicables à des services de santé médicalement nécessaires. Afin d'éviter des difficultés qui pourraient être jugées déraisonnables, je fixe au 15 octobre 1995 la date de mise en application de cette interprétation. Les provinces disposeront ainsi du temps requis pour mettre en place les dispositions législatives ou réglementaires qui s'imposent. À compter du 15 octobre 1995, toutefois, je commencerai à déduire des paiements de transfert toute somme exigée pour des frais d'établissement lorsque des services de santé médicalement nécessaires sont en cause, comme le prévoit l'article 20 de la *Loi canadienne sur la santé*. À mon avis, les provinces bénéficieront ainsi d'une période de transition raisonnable étant donné qu'elles sont maintenant saisies de mes préoccupations concernant les cliniques privées, et compte tenu des progrès déjà réalisés par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les services de santé qui se penche sur la question des cliniques privées depuis déjà un bon moment.

Je tiens à préciser que je ne cherche pas à empêcher l'utilisation de cliniques pour dispenser des services de santé médicalement nécessaires. Je sais que dans bien des cas, elles représentent un moyen efficace d'offrir des services de santé à moindre coût, et souvent en ayant recours à des techniques avancées. J'entends, par contre, veiller à ce que les services de santé médicalement nécessaires soient dispensés suivant des modalités uniformes et cela, quel que soit l'endroit où ils sont offerts. Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont suffisamment souples pour permettre l'évolution de la médecine et de la prestation des soins de santé. Cependant, cette évolution ne saurait mener à la création d'un système de santé à deux paliers.

Comme je l'ai déjà mentionné dans cette lettre, même si la question des frais modérateurs constitue ma préoccupation immédiate, je m'inquiète également des questions plus générales soulevées par la prolifération des cliniques privées. Je crains que cette prolifération ne se traduise, à plus ou moins long terme, par une érosion de notre système de santé public, ce qui aurait pour résultat de limiter l'accès

dont jouit la population canadienne aux services de santé médicalement nécessaires. L'énoncé de politique auquel la réunion d'Halifax a donné lieu, témoigne bien de ces préoccupations. Les ministres de la Santé présents, à l'exception de la Ministre de l'Alberta, ont convenu :

d'entreprendre toute démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada et maintenir un régime d'assurance-santé de grande qualité par les gouvernements.

La question des cliniques privées soulève de nombreuses préoccupations au sein du gouvernement fédéral, préoccupations que les provinces partagent. On s'inquiète entre autres :

- de l'affaiblissement de l'appui du public au système de santé administré et financé par l'État;
- de la diminution de la capacité des gouvernements de contrôler les coûts de la santé une fois que ceux-ci sont passés du secteur public au secteur privé;
- de la possibilité, comme en fait foi l'expérience vécue ailleurs, que les établissements privés concentrent leurs efforts sur les actes médicaux les plus faciles, laissant aux établissements publics le soin de s'occuper des cas plus complexes et plus coûteux;
- de la capacité qu'ont les établissements privés d'offrir aux professionnels de la santé des encouragements financiers susceptibles de les inciter à se désengager du système de santé public (incitant ces établissements à mobiliser leurs ressources financières afin d'attirer les consommateurs, plutôt que d'améliorer la qualité des soins offerts).

Le seul moyen de composer efficacement avec ces préoccupations consiste à réglementer l'exploitation des cliniques privées.

Je demande donc aux ministres de la Santé des provinces qui ne l'ont pas encore fait d'établir des cadres réglementaires régissant l'exploitation des cliniques privées. J'aimerais souligner que même si je me préoccupe surtout de l'élimination des frais modérateurs, il est tout aussi important que ces cadres réglementaires soient mis en place pour assurer un accès raisonnable aux services de santé médicalement nécessaires et pour favoriser la viabilité du système de santé financé et administré par l'État. À mon avis, il faut procéder sans tarder à leur mise en oeuvre.

N'hésitez pas à prendre contact avec moi pour des éclaircissements au sujet de ma position sur les cliniques privées et les frais d'établissement. Mes fonctionnaires, quant à eux, sont prêts à rencontrer les vôtres quand ils le souhaiteront pour en discuter. Il faudrait d'ailleurs selon moi, que nos fonctionnaires se concentrent, au cours des prochaines semaines, sur les préoccupations plus générales concernant les cliniques privées.

Comme je l'ai mentionné au début de la présente lettre, la *Loi canadienne sur la santé* fait l'objet d'interprétations divergentes touchant un bon nombre d'autres pratiques. Je préfère généralement que les problèmes touchant l'interprétation de la loi soient résolus par consensus fédéral-provincial-territorial en tenant compte des principes fondamentaux de la loi. J'ai, par conséquent, encouragé les deux paliers de gouvernement à tenir des consultations dans tous les cas où il y avait de tels désaccords. En ce qui a trait à des situations telles que la couverture des frais médicaux engagés hors de la province de résidence ou à l'étranger, j'ai l'intention de poursuivre les consultations dans la mesure où elles sont susceptibles de mener à des conclusions satisfaisantes, dans des délais raisonnables.

En terminant, j'aimerais citer monsieur le juge Emmett M. Hall qui nous rappelait en 1980 que :

«...dans notre société, le traumatisme causé par les maladies, la douleur engendrée par les opérations chirurgicales et le lent acheminement vers la mort constituent suffisamment de fardeaux sans avoir à y ajouter celui qui provient des frais médicaux et hospitaliers frappant le malade au moment où il est vulnérable. »

Je suis convaincue, qu'en gardant cet avis à l'esprit, nous continuerons de conjuguer nos efforts en vue de sauvegarder et de renouveler ce qui pourrait bien être notre plus remarquable projet social.

Enfin, comme les questions traitées dans la présente lettre revêtent une importance certaine pour les Canadiens et Canadiennes, je compte la rendre publique une fois que tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé l'auront reçue.

Veillez agréer, cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Marleau

Ministre de la Santé



## Annexe C – Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé

En avril 2002, l'honorable A. Anne McLellan décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des administrations fédérale, provinciales et territoriales de prévenir les différends reliés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé* et, lorsqu'il est impossible d'y parvenir, de les régler d'une façon équitable, transparente et opportune.

Le processus comprend des activités de règlement des différends liés à l'échange de renseignements entre les gouvernements; la discussion et la clarification des questions, dès qu'elles sont soulevées; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux-provinciaux-territoriaux des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé*; ainsi que des évaluations préalables, si celles-ci sont demandées.

Si les activités de prévention des différends échouent, des activités de règlement des différends peuvent être amorcées, et ce, en commençant par des activités de détermination

des faits et des négociations entre les gouvernements. Si ces activités se révèlent infructueuses, l'un des ministres de la Santé visés peut reporter les questions à un groupe tiers pour qu'il entreprenne la détermination des faits et fournisse conseils et recommandations.

La ministre fédérale de la Santé détient le pouvoir final de décision en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. En décidant si elle doit invoquer les dispositions de non-conformité de la loi, la ministre prendra en considération le rapport du groupe.

En septembre 2004, l'accord conclu entre les provinces et les territoires en 2002 a été officialisé par les premiers ministres, réitérant ainsi leur engagement concernant l'utilisation du Processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé* pour régler les questions d'interprétation associées à la loi.

Vous trouverez dans les pages suivantes le texte intégral de la lettre de la ministre McLellan à l'honorable Gary Mar, ainsi qu'un feuillet d'information sur le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Le 2 avril 2002



Minister of Health



Ministre de la Santé

Ottawa, Canada K1A 0K9

L'honorable Gary Mar  
Ministre de la Santé et du Mieux-être  
Province de l'Alberta  
Édifice Legislature, pièce 323  
Edmonton (Alberta)  
T5K 2B6

Monsieur,

La présente fait suite à mon engagement d'avancer à aller de l'avant avec le processus de prévention et de règlement des différends liés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Je comprends que les gouvernements des provinces et des territoires tiennent à ce qu'une tierce partie fournisse des avis et des recommandations lorsque des divergences d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* se produisent. Ce point a été intégré au processus de Prévention et règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* qui est exposé ci-dessous. Je crois que ce processus nous permettra de prévenir ou de régler, de façon équitable, transparente et rapide, les problèmes d'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

#### Prévention des différends

Le meilleur moyen de résoudre les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* est d'abord de prévenir qu'ils se produisent. Le gouvernement n'a eu recours qu'exceptionnellement aux pénalités et seulement lorsque toutes les tentatives pour régler le litige se sont révélées infructueuses. La prévention des différends a produit de bons résultats pour nous par le passé et elle pourra servir nos intérêts communs à l'avenir. Par conséquent, il est important que les gouvernements continuent de participer activement à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les questions relatives à la *Loi canadienne sur la santé* et d'entreprendre, de gouvernement à gouvernement, des échanges d'information, des discussions et des efforts de clarification des questions à mesure qu'elles surgiront.

En outre, Santé Canada s'engage à fournir, à la demande d'une province ou d'un territoire, des évaluations préalables.

#### Règlement des différends

Lorsque les activités visant à prévenir un différend entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial se sont révélées infructueuses, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés peut déclencher le processus de règlement des différends en rédigeant, à l'intention de son homologue, une lettre dans laquelle il expose la question litigieuse. Une fois entrepris, le processus de règlement des différends devra être complété avant de prendre toute mesure en vertu des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité.

Tout d’abord, dans les 60 jours suivant la date de la lettre de déclenchement du processus, les gouvernements qui seront parties au différend feront conjointement ce qui suit :

- ils recueilleront et mettront en commun tous les faits pertinents;
- ils rédigeront un rapport sur l’établissement des faits;
- ils négocieront en vue de résoudre la question litigieuse; et
- ils rédigeront un rapport sur la façon utilisée pour régler la question.

Toutefois, s’il advenait qu’on ne s’entende pas sur les faits ou que les négociations ne mènent pas au règlement de la question, l’un ou l’autre des ministres de la Santé concernés par le différend pourra déclencher le processus visant à référer la question à une tierce partie en écrivant à son homologue. Un comité spécial sera constitué dans les 30 jours qui suivront la date de cette lettre. Il se composera d’une personne désignée par la province ou le territoire ainsi que d’une personne désignée par le gouvernement fédéral. Ces deux personnes choisiront ensemble un président. Le comité spécial évaluera la question litigieuse conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l’établissement des faits et formulera des conseils et des recommandations. Il présentera ensuite un rapport sur la question aux gouvernements en cause dans les 60 jours qui suivront la création du groupe.

Le ministre de la Santé du Canada détient l’autorité ultime en ce qui concerne l’interprétation et l’application de la *Loi canadienne sur la santé*. Avant de décider s’il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité spécial en considération.

#### Rapports publics

Les gouvernements divulgueront au public les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport d’un comité spécial.

J’estime que le gouvernement du Canada a donné suite aux engagements pris dans l’accord de septembre 2000 en matière de santé en fournissant 21,1 milliards de dollars au moyen du cadre financier et en collaborant dans d’autres domaines cernés dans l’accord. Je m’attends à ce que tous les premiers ministres provinciaux et territoriaux, ainsi que leurs ministres de la Santé, respectent le cadre d’imputabilité à l’égard du système de santé qu’ils ont accepté en septembre 2000. Le travail de nos représentants au sujet des indicateurs de rendement a été marqué par la collaboration et l’efficacité jusqu’à maintenant. La population canadienne s’attendra à ce que nous lui rendions des comptes au sujet de tous les indicateurs d’ici la date qui a été convenue, soit septembre 2002. Bien qu’un certain nombre de gouvernements, à ce que je sache, ne pourront peut-être pas rendre compte avec précision de tous les indicateurs d’ici cette date, l’obligation de rendre des comptes à la population canadienne est une composante essentielle de nos efforts pour renouveler notre système de santé. Il m’apparaît très important que les gouvernements travaillent à rendre des comptes au sujet de tous les indicateurs.

De plus, j’espère que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux participeront au processus d’examen conjoint que tous les premiers ministres signataires de l’Entente-cadre sur l’union sociale avaient convenu de faire et termineront ce processus.

Le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* exposé dans la présente lettre est clair et simple. Si, plus tard, des modifications s’avéraient nécessaires, je m’engage à examiner le processus avec vous et les autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. En procédant ainsi, nous démontrerons aux Canadiens et Canadiennes que nous sommes déterminés à renforcer et à préserver l’assurance-santé en prévenant et en réglant rapidement et équitablement les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Je vous prie d’agréer, Monsieur, l’expression de mes sentiments les meilleurs.

A. Anne McLellan

## Fiche d'information : Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé

### Portée

Les dispositions décrites s'appliquent à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

### Prévention des différends

Afin d'éviter et de prévenir les différends, les gouvernements continueront :

- de participer activement à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les litiges liés à la *Loi canadienne sur la santé*;
- à utiliser un processus bilatéral d'échange d'information, de discussion et de clarification lorsque des conflits surviennent.

Santé Canada s'engage à présenter des évaluations préalables aux provinces et aux territoires qui en font la demande.

### Règlement des différends

Lorsque la prévention des différends entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial n'a mené à rien, n'importe quel ministre de la Santé touché peut mettre en œuvre le règlement des différends en écrivant à son homologue. La lettre comprendra une description du différend. S'il est mis en œuvre, le règlement des différends précédera toute mesure prise en vertu du non-respect des dispositions de la loi.

En guise de première étape, les gouvernements touchés acceptent d'effectuer conjointement ce qui suit dans les 60 jours suivant la date de la lettre :

- recueillir et partager tous les faits pertinents;
- rédiger un rapport d'établissement des faits;
- négocier en vue de régler le conflit; et
- rédiger un rapport expliquant comment on a résolu le conflit.

Si l'on ne s'entend pas quant aux faits ou si les négociations échouent, n'importe quel ministre

de la Santé engagé dans le conflit peut mettre en œuvre le processus de renvoi du litige à un comité en écrivant à son homologue.

- Dans les 30 jours suivant la date de la lettre, un comité sera établi. Le comité sera formé d'un représentant nommé par le gouvernement provincial ou territorial et un représentant nommé par le gouvernement fédéral, lesquels choisiront ensemble un président.
- Le comité évaluera le différend en fonction des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits, offrira des conseils et présentera des recommandations.
- Le comité présentera, dans les 60 jours suivant sa nomination, un rapport aux gouvernements en question.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Afin de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité en considération.

### Présentation de rapports au public

Les gouvernements présenteront des rapports au public sur les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport présenté par le comité.

### Révision

Le ministre de la Santé du Canada s'engage à revoir le processus avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé si des ajustements s'avèrent éventuellement nécessaires.



# Annexe D - Documents concernant le système de santé canadien

Voici une liste de documents, produits par les provinces et les territoires, qui se rapportent aux cinq critères de la *Loi canadienne sur la santé* et à l'obligation des provinces de faire état des transferts de fonds. Ces documents comprennent, entre autres, des rapports annuels de ministères responsables des soins de santé, des documents financiers concernant les soins de santé offerts dans les provinces et les territoires, des rapports de vérifications et d'évaluations et des documents sur les lois provinciales et territoriales. Certains documents sont également de portée nationale.

## Documents produits par les provinces et les territoires sur le système de soins de santé

### Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador

- Department of Health and Community Services [Ministère de la Santé et des Services sociaux]. *Annual Report, 2004-2005*  
[www.health.gov.nl.ca/health/publications/default.htm](http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/default.htm)
- Department of Health and Community Services [Ministère de la Santé et des Services sociaux]. *HealthScope 2004. Reporting to Newfoundlanders and Labradorians on Comparable Health and Health System Indicators*  
[www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdffiles/healthscope\\_report\\_2004.pdf](http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdffiles/healthscope_report_2004.pdf)
- Office of the Auditor General [Bureau du vérificateur général]. *Report of the Auditor General to the House of Assembly on Reviews of Departments and Crown Agencies for the year ended March 31, 2004*  
[www.ag.gov.nl.ca/ag/2004AnnualReport/AR2004.htm](http://www.ag.gov.nl.ca/ag/2004AnnualReport/AR2004.htm)
- Législation  
[www.health.gov.nl.ca/health/legislation/default.asp](http://www.health.gov.nl.ca/health/legislation/default.asp)

### Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard

- PEI Department of Health [Ministère de la Santé]. *Annual Report 2003-2004*  
[www.gov.pe.ca/photos/original/hss\\_ar\\_03\\_04.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss_ar_03_04.pdf)
- PEI Department of Health [Ministère de la Santé]. *Prince Edward Island's Second Report on Common Health Indicators.*  
[www.gov.pe.ca/photos/original/HSS\\_CHI\\_04.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/HSS_CHI_04.pdf)
- PEI Department of Health [Ministère de la Santé]. *A System that Meets the Priority Needs of the Citizens.*  
[www.gov.pe.ca/photos/original/DH\\_WaitTimes.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/DH_WaitTimes.pdf)

- PEI Department of Health [Ministère de la Santé]. *Hospital and Medical Services Insurance on Prince Edward Island*.  
[www.gov.pe.ca/photos/original/hss\\_hms\\_ins\\_pei.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss_hms_ins_pei.pdf)
- Office of the Auditor General. *2005 Report of the Auditor General to the Legislative Assembly*.  
[www.gov.pe.ca/photos/original/ag\\_2004\\_report.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/ag_2004_report.pdf)
- Législation  
[www.gov.pe.ca/law/statutes/index.php3](http://www.gov.pe.ca/law/statutes/index.php3)

## Gouvernement de la Nouvelle-Écosse

- Department of Health [Ministère de la Santé]. *Annual Accountability Report for the Fiscal Year 2004-2005*  
[www.gov.ns.ca/health/downloads/2004-2005\\_Annual\\_Accountability\\_Report.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/downloads/2004-2005_Annual_Accountability_Report.pdf)
- Department of Health [Ministère de la Santé]. *2005-2006 Business Plan*  
[www.gov.ns.ca/health/downloads/2005\\_2006%20DoH%20Business%20Plan.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/downloads/2005_2006%20DoH%20Business%20Plan.pdf)
- Department of Health [Ministère de la Santé]. *Nova Scotia Wait Times: Getting Healthcare Services*  
[www.gov.ns.ca/health/waittimes/](http://www.gov.ns.ca/health/waittimes/)
- Auditor General of Nova Scotia [Vérificateur générale de la Nouvelle-Écosse]. *Chapters from the Annual Reports of 1996-2004 relating to Health*  
[www.gov.ns.ca/audg/health.html](http://www.gov.ns.ca/audg/health.html)
- Législation : Consolidated Public Statutes  
[www.gov.ns.ca/legislature/legc/](http://www.gov.ns.ca/legislature/legc/)

## Gouvernement du Nouveau-Brunswick

- Ministère de la Santé et du Mieux-être. *Rapport annuel 2003-2004*  
[www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2003\\_04\\_AnnualReport.pdf](http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2003_04_AnnualReport.pdf)
- Ministère de la Santé et du Mieux être. *Budget 2004-2005 : Renseignements*.  
[www.gnb.ca/0051/budgets/pdf/Backgrounders2004\\_05\\_f.pdf](http://www.gnb.ca/0051/budgets/pdf/Backgrounders2004_05_f.pdf)
- Ministère de la Santé et du Mieux être. *Rapport destiné à la population néo-brunswickoise - Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2004*  
[www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2947f\\_final.pdf](http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2947f_final.pdf)
- Ministère de la Santé et du Mieux-être. *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau Brunswick. Plan provincial de la santé 2004-2008*  
[www.gnb.ca/0051/pdf/healthplan\\_2004\\_2008\\_f.pdf](http://www.gnb.ca/0051/pdf/healthplan_2004_2008_f.pdf)
- Législation : Lois relevant de la compétence du Ministre de la santé et du Mieux être et mises en application par le Ministère de la Santé et du Mieux être  
[www.gnb.ca/0062/deplinks/FRE/Smef.htm](http://www.gnb.ca/0062/deplinks/FRE/Smef.htm)

## Gouvernement du Québec

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Rapport annuel de gestion 2004 - 2005*  
[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05\\_102\\_01.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05_102_01.pdf)
- Vérificateur générale du Québec. *Rapports du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale*  
[www.vgq.gouv.qc.ca/HTML/Rapports.html](http://www.vgq.gouv.qc.ca/HTML/Rapports.html)
- Législation :  
[www.justice.gouv.qc.ca/francais/sites/lois/quebec.htm](http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/sites/lois/quebec.htm)

## Gouvernement de l'Ontario

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Rapport de 2004 sur le rendement du système de santé de l'Ontario*  
[www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry\\_reportsf/pirc\\_04f/pirc\\_04f.html](http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/pirc_04f/pirc_04f.html)
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Engagement en matière de soins : Planification des soins à long terme en Ontario.*  
[www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/ltc04f/mohlrc\\_rep04f.html](http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/ltc04f/mohlrc_rep04f.html)
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Les temps d'attente en Ontario*  
[www.health.gov.on.ca/renouvellement/wait\\_timesf/wait\\_mnf.html](http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/wait_timesf/wait_mnf.html)
- Bureau du vérificateur général de l'Ontario [Office of the Auditor General of Ontario] : *Rapports par sujet – Santé*  
[www.auditor.on.ca/fr/rapports\\_sante\\_fr.htm](http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_sante_fr.htm)
- Législation : *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance santé*  
[www.health.gov.on.ca/french/publicf/legislationf/bill\\_8f/hu\\_medicaref.html](http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/legislationf/bill_8f/hu_medicaref.html)

## Gouvernement du Manitoba

- Santé Manitoba. *Santé Manitoba Rapport annuel 2003-2004*  
[www.gov.mb.ca/health/ann/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/ann/index.fr.html)
- Santé Manitoba. *Guide Info Santé*  
[www.gov.mb.ca/health/guide/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/guide/index.fr.html)
- Santé Manitoba. *Services de santé : Informations sur les délais d'attente*  
[www.gov.mb.ca/health/waitlist/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/waitlist/index.fr.html)
- Office of the Auditor General of Manitoba. [Bureau du vérificateur général du Manitoba].  
[www.oag.mb.ca/reports/reports\\_fr.htm](http://www.oag.mb.ca/reports/reports_fr.htm)
- Législation  
<http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/index.php>

## Gouvernement de la Saskatchewan

- Saskatchewan Health [Santé Saskatchewan]. *Its for Your Benefit - A Guide to Health Coverage in Saskatchewan.*  
[http://www.health.gov.sk.ca/mc\\_dp\\_skhealthbooklet.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_skhealthbooklet.pdf)
- Saskatchewan Health [Santé Saskatchewan]. *2004 05 Annual Report.*  
[www.health.gov.sk.ca/mc\\_dp\\_skhlt\\_h\\_2004\\_05\\_ar.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_skhlt_h_2004_05_ar.pdf)
- Drug Plan and Extended Benefits Branch [Santé Saskatchewan]. *Annual Statistical Report 2004-2005*  
[http://formulary.drugplan.health.gov.sk.ca/publications/2004-2005\\_Annual\\_Report.pdf](http://formulary.drugplan.health.gov.sk.ca/publications/2004-2005_Annual_Report.pdf)
- Medical Services Branch [Santé Saskatchewan]. *Annual Statistical Report 2004-2005*  
[www.health.gov.sk.ca/mc\\_dp\\_msb\\_asr04\\_05.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_msb_asr04_05.pdf)
- Saskatchewan Health Information Network [Santé Saskatchewan]. *Annual Report 2004-2005*  
[www.health.gov.sk.ca/mc\\_dp\\_shin\\_ar\\_2004\\_05.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_shin_ar_2004_05.pdf)
- Office of the Provincial Auditor of Saskatchewan [Bureau du vérificateur général du Saskatchewan].  
[www.auditor.sk.ca](http://www.auditor.sk.ca)
- Législation : Santé  
[www.health.gov.sk.ca/mc\\_legislation.html](http://www.health.gov.sk.ca/mc_legislation.html)

## Gouvernement de l'Alberta

- Alberta Ministry of Health and Wellness [Ministère de la Santé et du Mieux-être]. *Annual Report 2004-2005*  
[www.health.gov.ab.ca/resources/publications/AR04\\_05/index.html](http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/AR04_05/index.html)
- Ministry of Health and Wellness [Ministère de la Santé et du Mieux-être]. *Health Costing in Alberta: 2005 Annual Report*  
[www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/Health\\_Costing\\_2005.pdf](http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/Health_Costing_2005.pdf)
- Ministry of Health and Wellness [Ministère de la Santé et du Mieux-être]. *Business Plan 2005-2008*  
[www.finance.gov.ab.ca/publications/budget/budget2005/health.html](http://www.finance.gov.ab.ca/publications/budget/budget2005/health.html)
- Ministry of Health and Wellness [Ministère de la Santé et du Mieux-être]. *2005-2006 Regional Health Authority Global Funding Methodology and Funding Manual*  
[www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/RHA05to06FundManual.pdf](http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/RHA05to06FundManual.pdf)
- Auditor General of Alberta [Bureau du vérificateur général de l'Alberta]  
[www.oag.ab.ca/](http://www.oag.ab.ca/)
- Législation : Santé  
[www.health.gov.ab.ca/about/Minister\\_legislation.html](http://www.health.gov.ab.ca/about/Minister_legislation.html)

## Gouvernement de la Colombie-Britannique

- Ministry of Health [Ministère de la Santé]. *2004-2005 Annual Service Plan Report*.  
<http://www.bcbudget.gov.bc.ca/annualreports/hs/hs.pdf>
- Ministry of Health [Ministère de la Santé]. *B.C. Surgical Wait Times*.  
[www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/](http://www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/)
- Ministry of Health [Ministère de la Santé]. *British Columbia Medical Association. Rural Programs 2004-07: A Guide for Rural Physician Programs in British Columbia*  
[www.healthservices.gov.bc.ca/cpa/publications/rural\\_programs.pdf](http://www.healthservices.gov.bc.ca/cpa/publications/rural_programs.pdf)
- Ministry of Health [Ministère de la Santé]. *Facts About Residential Care*.  
<http://www.healthservices.gov.bc.ca/hcc/pdf/factsrescare.pdf>
- B.C. Guidelines and Protocols Advisory Committee [Ministère de la Santé]. *Patient Information Guides*. <http://www.healthservices.gov.bc.ca/msp/protoguides/patguide.html>
- Office of the Auditor General of British Columbia [Bureau du vérificateur général de la Colombie-Britannique]. *Reports on Health*  
<http://bcauditor.com/PUBS/subject/health.htm>
- Législation  
[www.qp.gov.bc.ca/statreg/](http://www.qp.gov.bc.ca/statreg/)

## Gouvernement du Yukon

- Yukon Payment Schedule for Insured Health Services  
[www.hss.gov.yk.ca/downloads/payment\\_sched.pdf](http://www.hss.gov.yk.ca/downloads/payment_sched.pdf)
- Bureau du vérificateur général du Canada : *Rapport à l'Assemblée législative du Yukon*  
[www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut\\_f.html](http://www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut_f.html)
- Législation  
[www.gov.yk.ca/legislation/](http://www.gov.yk.ca/legislation/)

## Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. Les documents sont disponibles à :  
[www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/French/publications.asp](http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/French/publications.asp)
- Rapport sur l'état de santé de la population des TNO 2005
- Santé communautaire et Services sociaux, *GTNO - Commentaires des clients 2004 05 : Rapport au public*
- 2005 TNO Annuaire – Services communautaires
- Bureau du vérificateur général du Canada. *Rapport à l'Assemblée législative des Territoires du Nord-Ouest*  
[www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut\\_f.html](http://www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut_f.html)
- Législation  
[www.justice.gov.nt.ca/Legislation/SearchLeg&RegFR.htm](http://www.justice.gov.nt.ca/Legislation/SearchLeg&RegFR.htm)

## Gouvernement du Nunavut

- Department of Health and Social Services [Ministère de la Santé et des Services sociaux]. *Business Plan 2003-2004*  
<http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/budget/2003/bp/hss.pdf>
- Department of Health and Social Services [Ministère de la Santé et des Services sociaux]. *Budget Address 2004. (May 2004)*  
<http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/budget/2004address.pdf>
- Department of Finance [Ministère des Finances]. *Main Estimates - Health and Social Services, 2003-2004*  
<http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/budget/2003/hss.pdf>
- Bureau du vérificateur général du Canada : *Rapport à l'Assemblée législative du Nunavut*  
[www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut\\_f.html](http://www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut_f.html)
- Législation  
<http://www.nunavutcourtofjustice.ca/library/index.htm>

## Documents de portée nationale sur le système de soins de santé

### Santé Canada

- Santé Canada. *Les rapports annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*  
[www.hc-sc.gc.ca/hcs/sss/medi-assur/res/ar-ra\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs/sss/medi-assur/res/ar-ra_f.html)
- Santé Canada. *Les rapports et publications ayant trait au système de soins de santé canadien*  
[www.hc-sc.gc.ca/hcs/sss/pubs/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs/sss/pubs/index_f.html)

### Autres organismes fédéraux

- Ministère de la Justice. *Loi canadienne sur la santé, Codification administrative*  
<http://lois.justice.gc.ca/fr/C6/index.html>
- Bureau du vérificateur général du Canada. *L'appui fédéral à la prestation des soins de santé.*  
[www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20020903cf.html](http://www.oag.bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20020903cf.html)
- Statistics Canada.  
[www.statcan.ca/](http://www.statcan.ca/)
- Institut canadien d'information sur la santé  
[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=home\\_f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_f)

# Annexe E – Lexique des termes utilisés dans le présent rapport

Les termes compris dans ce lexique sont définis dans le contexte de la Loi canadienne sur la santé. Ils peuvent être définis ou interprétés différemment dans d'autres situations.

Terme	Explication
Absence temporaire	En vertu de la condition d'octroi de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> portant sur la transférabilité (article 11(1)(b)), le terme « absence temporaire » est utilisé lorsqu'une personne assurée s'absente de façon temporaire de sa province ou de son territoire de résidence pour des raisons liées au travail, aux études ou aux vacances ou pour d'autres raisons qui ne supposent pas que la personne établira sa résidence permanente ailleurs.
Accessibilité	La condition d'accessibilité de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 12) suppose que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ offrent des services de santé assurés selon des modalités et conditions uniformes, d'une manière qui ne compromet pas un accès raisonnable à ces services pour les personnes assurées, soit directement, soit indirectement;</li> <li>□ prévoient la prise en charge des services de santé assurés, conformément à un système de paiement autorisé par la loi de la province ou du territoire;</li> <li>□ prévoient une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;</li> <li>□ prévoient le versement de montants aux hôpitaux à l'égard du coût des services de santé assurés.</li> </ul>
Accord sur l'admissibilité et la transférabilité	Le premier Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité a été approuvé par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en 1971 et mis en place en 1972. L'Accord fixe les normes minimales relatives à l'admissibilité et à la transférabilité interprovinciales-territoriales des régimes d'assurance-santé. Les provinces et les territoires appliquent de leur plein gré les dispositions de l'Accord, facilitant ainsi la mobilité des Canadiens et leur accès aux services de santé partout au Canada. Les provinces et les territoires se réunissent périodiquement pour examiner et réviser l'Accord.
Admission	Acception officielle dans un établissement de santé d'une personne qui requiert, pour une période donnée, des services médicaux ou de santé et l'assignation d'un lit à cette personne.
Assuré	Voir « Personne assurée ».

Terme	Explication
Caisse supplémentaire d'assurance-santé (CSAS)	Caisse, administrée par la Division de la Loi canadienne sur la santé, qui aide les personnes qui ont perdu ou qui n'ont pu obtenir, sans qu'elles en soient responsables, la protection d'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial pour les services de santé assurés en vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> . Cette caisse a été constituée pour la première fois en 1972, époque à laquelle la transférabilité des régimes d'assurance-santé entre les provinces variait et entraînait des divergences dans les règles d'admissibilité selon lesquelles un résident du Canada pouvait ne pas être admissible, de façon temporaire, à un régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire à la suite d'un changement de province ou de statut d'admissibilité à des services de santé (p.ex. renvoi de la GRC ou des Forces canadiennes). L'adoption de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , en 1984, a mis un terme aux divergences entre les périodes d'admissibilité des provinces, source de la plupart des préoccupations et raison de l'établissement de la caisse. Le solde de la caisse est actuellement de 28 387 \$. Cinq demandes d'indemnisation ont été envoyées à la CSAS depuis 1986. Toutefois, aucune ne répondait aux conditions en matière de remboursement.
Chirurgie	Traitement des maladies, blessures et autres types d'affections par intervention manuelle ou instrumentale pour réparer, enlever ou remplacer un organe, un tissu ou une partie du corps, ou pour extraire des corps étrangers.
Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR)	Voir « Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) »
Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS)	Le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé, composé de fonctionnaires des ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, a été mis sur pied en 1991 sous le nom de « Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR) ». Le mandat du comité comprend l'identification et la résolution des problèmes administratifs liés aux accords de facturation interprovinciaux/territoriaux pour les services médicaux (rendus par des médecins) et hospitaliers. L'intention générale des ententes de facturation réciproque provinciales/territoriales est de faire en sorte que les Canadiens admissibles ont accès aux services de santé médicalement nécessaires lorsqu'ils sont aiguillés à l'extérieur de leur province ou territoire d'origine, lorsqu'ils voyagent ou durant des déplacements pour études ou travail de courte durée. Le nom du comité a été amendé en 2002 afin de mieux refléter le fait que la portée du Comité englobe également l'admissibilité à la couverture de l'assurance-santé ainsi que les enjeux interprovinciaux/territoriaux sur la facturation.
Condition de communication des renseignements	En vertu de l'article 13(a) de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les gouvernements provinciaux et territoriaux sont tenues de communiquer au ministre fédéral de la Santé, selon des modalités raisonnables, des renseignements touchant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé aux fins de l'application de la loi.

Terme	Explication
Condition de gestion publique	La condition de gestion publique, défini à l'article 8 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , vise à assurer que chaque régime d'assurance-santé provincial et territorial soit géré sans but lucratif par une autorité publique qui est responsable devant le gouvernement provincial ou territorial pour cette gestion, et qui est assujettie à la vérification publique de ses comptes et de ses opérations financières.
Condition de reconnaissance	En vertu de l'article 13(b) de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les gouvernements des provinces et des territoires doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province ou le territoire.
Demandeur du statut de réfugié	Personne n'ayant pas la nationalité canadienne qui est entrée au Canada et qui demande le statut de réfugié selon la <i>Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés</i> . Si la Commission de l'immigration et du statut de réfugié détermine qu'un demandeur est un réfugié au sens de la <i>Convention de 1951 des Nations Unies relative au statut des réfugiés</i> , cette personne peut alors demander le statut de résident permanent.
Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers	Entente bilatérale conclue entre deux provinces, ou une province et un territoire, ou deux territoires qui permet le traitement réciproque de demandes de remboursement de la province ou du territoire pour des services hospitaliers offerts à des malades hospitalisés et externes. En vertu d'une telle entente, les services hospitaliers assurés sont payables aux taux approuvés de la province ou du territoire d'accueil ou comme il a été convenu par les parties en cause et le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).
Entente de facturation réciproque des soins médicaux	Entente bilatérale conclue entre deux provinces, ou une province et un territoire, ou deux territoires qui autorise le traitement réciproque de demandes de remboursement pour des services médicaux reçus en dehors de la province ou du territoire d'origine et fournis par un médecin autorisé. Lorsqu'une telle entente existe, le service médical assuré est payable selon le taux approuvé par la province ou le territoire de résidence du patient.
Établissement de chirurgie externe	Établissement de soins de santé qui fournit à des malades externes des services de chirurgie de courte durée (chirurgie d'un jour).
Établissement de chirurgie privé	Établissement de soins de santé privé offrant des services de chirurgie.
Établissement de diagnostic privé	Établissement de soins de santé du secteur privé offrant des services de laboratoire et de radiologie, et d'autres services de diagnostic.
Établissement de soins actifs	Établissement de santé où sont fournis des soins ou des traitements aux patients souffrent d'une maladie aiguë ou dont l'état de santé est grave.
Établissement de soins de longue durée	Établissement de soins de santé qui fournit des services médicaux continus et de longue durée à des malades hospitalisés. Les établissements de soins de longue durée ne comprennent pas les maisons de repos.

Terme	Explication
Établissement de soins de santé	Un établissement de soins de santé est un bâtiment ou groupe de bâtiments faisant partie d'une structure organisationnelle commune qui loge le personnel de la santé et de l'équipement médical pour la prestation de services de soins de santé (par ex., diagnostic, chirurgie, soins actifs, soins de longue durée, soins dentaires, physiothérapie) à l'ensemble de la population ou à un groupe particulier de personnes ou de résidents.
Établissement de soins de santé privé (à but lucratif)	Établissement de soins de santé privé qui distribue des dividendes à ses propriétaires, actionnaires, exploitants ou membres, ou qui partage les profits avec eux.
Établissement de soins de santé privé (sans but lucratif)	Établissement de soins de santé privé qui est reconnu comme un organisme sans but lucratif en vertu des lois du gouvernement fédéral, ou du gouvernement provincial ou territorial où se situe l'établissement.
Établissement de soins de santé public	Établissement de soins de santé situé au Canada et administré par le secteur public, qui offre des services de santé assurés par le régime d'assurance-santé de la province ou le territoire à des malades externes et hospitalisés.
Financement des programmes établis (FPÉ)	<p>Adoptée en 1977, la <i>Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis</i>, également connue sous le nom de Loi FPÉ, a remplacé les programmes fédéraux de partage des frais déboursés par les provinces et territoires pour les services médicaux et hospitaliers assurés et pour l'enseignement post-secondaire.</p> <p>Le FPÉ était un transfert global dont la croissance annuelle était liée à la croissance économique et démographique. En vertu du FPÉ, des transferts de fonds et des transferts fiscaux étaient consentis aux provinces et aux territoires pour financer les services de santé et d'enseignement post-secondaire. Les transferts fiscaux étaient calculés d'après la valeur des points d'impôt transférés par le gouvernement fédéral aux gouvernements des provinces et des territoires en 1977.</p> <p>En 1995-1996, la dernière année du FPÉ, les gouvernements des provinces et des territoires ont reçu 22 milliards de dollars au titre du FPÉ (transferts de fonds et transferts fiscaux confondus), dont 71,2 pourcent pour les soins de santé et le reste pour l'enseignement post-secondaire.</p> <p>En 1996, le FPÉ a été remplacé par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).</p>
Frais modérateur	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les frais modérateurs sont des frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial ou territorial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Voir aussi l'explication pour surfacturation.
Frais de fournitures médicales	Frais admis sous le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire pour des articles comme les tampons d'alcool, les instruments et les fils de sutures qui sont utilisés pour la prestation d'un service médical assuré.

Terme	Explication
Habitant	Voir « Résident ».
Honoraires forfaitaires	Frais imposés par un médecin pour des services non couverts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial, tels les consultations téléphoniques, le renouvellement d'ordonnances par téléphone et la préparation de formulaires et de documents.
Hôpital	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les hôpitaux comprennent tout établissement et toute partie d'établissement où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu'en matière de réadaptation, à l'exception : des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux; et 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.
Imagerie diagnostique	Technique qui décèle ou détermine la présence de diverses maladies et (ou) diverses affections au moyen d'équipement d'imagerie médicale, dont les densitomètres pour la densité minérale de l'os, les mammographes, les appareils d'imagerie par résonance magnétique, le matériel de médecine nucléaire, les appareils à ultrasons, les tomodensitomètres, les appareils de radiographie et les fluoroscopes.
Inscription familiale	Méthode d'inscription à un régime d'assurance-santé fondée sur l'appartenance à une unité familiale.
Intégralité	Condition de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 9) qui oblige les régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé à couvrir tous les services de santé assurés (hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire) et, lorsque la loi de la province ou du territoire le prévoit, les services fournis par d'autres professionnels de la santé.
Lettre « Epp »	<p>En juin 1985, environ un an après l'adoption de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> au Parlement, le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social de l'époque, M. Jake Epp, a confirmé la politique fédérale d'interprétation et d'application de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> dans une lettre à ses homologues provinciaux et territoriaux.</p> <p>La lettre du ministre Epp a été envoyée à la suite de plusieurs mois de consultation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. La lettre énonce des clarifications de la politique fédérale au sujet des cinq conditions d'octroi, les deux conditions de versement, et les dispositions réglementaires de la loi. Ces éclaircissements sont utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la loi.</p> <p>La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la loi. Cette lettre est reproduite à l'Annexe B du rapport.</p>

Terme	Explication
Loi canadienne sur la santé (LCS)	La <i>Loi canadienne sur la santé</i> a reçu la sanction royale le 17 avril 1984, avec l'appui unanime de la Chambre des communes et du Sénat. La Loi, qui remplace la <i>Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques</i> (1957) et la <i>Loi sur les soins médicaux</i> (1968) établit les normes nationales que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent respecter afin de recevoir la pleine contribution en espèces du gouvernement fédéral, prévue dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).
Malade externe	Personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de santé pour un traitement qui ne requiert pas un séjour d'une nuit.
Malade hospitalisé	Un malade hospitalisé est une personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de soins de santé pour un traitement qui nécessite l'hospitalisation pour au moins une nuit.
Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé de leur province ou territoire, de sorte qu'il facture ses patients directement selon le taux provincial ou territorial. Conformément à l'entente touchant le barème d'honoraires, le régime provincial ou territorial rembourse les patients des médecins ayant opté pour le retrait du régime jusqu'à concurrence du montant prévu par le régime pour les services rendus.
Médecin	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , un médecin est une personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.
Médecin ou dentiste participant	Médecin ou dentiste autorisé qui est inscrit à un régime provincial ou territorial d'assurance-santé.
Médecin non participant	Médecin oeuvrant tout à fait indépendamment du régime d'assurance-santé provincial ou territorial. Dans ce cas, ni le médecin ni le patient n'est admissible, en vertu du régime d'assurance-santé provincial ou territorial, à une couverture pour les services rendus ou reçus. Un médecin non participant peut donc fixer ses propres honoraires, lesquels sont payés directement par le patient.

Terme	Explication
Omnipraticien	Un omnipraticien est un médecin autorisé qui exerce la médecine à l'échelle communautaire dans une province ou un territoire et qui renvoie les patients à des spécialistes lorsque le diagnostic posé le justifie. Les omnipraticiens peuvent entre autres offrir les services suivants : consultation, diagnostic, référence, conseils sur les soins de santé et la prévention des maladies, chirurgies mineures et prescription de médicaments.
Pénalités obligatoires	Voir « Retenues obligatoires ».
Pénalités discrétionnaires	Voir « Retenues discrétionnaires ».
Personne assurée	<p>En vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>, un « assuré » ou une « personne assurée » est un habitant d'une province ou d'un territoire, à l'exception :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> des membres des Forces canadiennes;</li> <li><input type="checkbox"/> des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade;</li> <li><input type="checkbox"/> des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la <i>Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition</i>;</li> <li><input type="checkbox"/> des habitants de la province ou du territoire 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 ou le territoire pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés.</li> </ul>
Politique fédérale sur les cliniques privées (lettre « Marleau »)	<p>Le 6 janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé, M<sup>me</sup> Diane Marleau, a écrit à chacun de ses homologues provinciaux et territoriaux pour leur communiquer l'interprétation fédérale en ce qui concerne l'inclusion des cliniques privées dans la définition d'« hôpital » dans la <i>Loi canadienne sur la santé</i>. La lettre précisait que 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, y compris les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Elle les informait également de son intention, après le 15 octobre 1995, de considérer les frais d'établissement chargés aux patients par ces établissements et cliniques comme des frais modérateurs. Toute province ou tout territoire ne respectant pas la politique fédérale sur les cliniques privées était passible d'une pénalité en vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>, calculée à partir du 15 octobre 1995. Ces pénalités constituent des retenues sur les transferts de fonds versés mensuellement dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. L'annexe B du rapport renferme une copie de cette lettre.</p>

Terme	Explication
Prévention et règlement des différends (PRD)	En avril 2002, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont adopté un processus de prévention et de règlement des différends qui s'appliquerait à l'interprétation des principes de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> comme le mentionnait l'honorable A. Anne McLellan, ministre fédérale de la Santé, dans une lettre à l'honorable Gary Mar, ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta. Le processus de prévention et de règlement des différends reliés à la <i>Loi canadienne sur la santé</i> engage les gouvernements à continuer de participer activement aux comités fédéraux, provinciaux et territoriaux spéciaux chargés des questions relatives à la <i>Loi canadienne sur la santé</i> et à échanger de l'information entre eux, à discuter et à clarifier les points de désaccord qui se présentent. Pour sa part, Santé Canada continuera de faire les évaluations préalables de mesures et de directives provinciales et territoriales qui lui seront demandées. L'annexe C du rapport donne une description plus détaillée de ce processus.
Processus de consultation	En vertu de l'article 14(2) de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , le ministre de la Santé doit consulter une province ou un territoire qui présente un manquement potentiel aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement de la Loi avant qu'une retenue discrétionnaire soit imposée à cette province ou à ce territoire.
Produits et services médicaux améliorés	Produits ou services médicaux fournis de pair avec des services assurés. Il s'agit habituellement d'un service ou d'un produit de qualité supérieure qui n'est pas médicalement nécessaire et qui est offert à un patient qui en fait le choix à cause d'une préférence personnelle ou de la commodité du produit.
Réfugié au sens de la Convention	Un réfugié au sens de la Convention est une personne visée par la définition de réfugié au sens de la <i>Convention de 1951 des Nations Unies relative au statut des réfugiés</i> . Généralement, il s'agit d'une personne qui, ayant quitté son pays d'origine, craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de ses opinions politiques ou de son appartenance à un groupe social et ne peut ou, en raison de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de son pays d'origine. Au Canada, la Section du statut de réfugié de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié détermine qui est un réfugié au sens de la Convention.
Régime d'assurance-santé	La <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 2) définit un régime d'assurance-santé comme le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province ou d'un territoire en vue de la prestation de services de santé assurés, où la notion de « services de santé assurés » relève de cette même loi (voir la définition de « services de santé assurés » dans le présent lexique).

Terme	Explication
Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs	Le seul règlement en vigueur en vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> est le Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs, qui demande aux gouvernements provinciaux et territoriaux de fournir au ministre fédéral de la santé une estimation du montant total de la surfacturation et des frais modérateurs permises dans leur juridiction, avant le début d'un exercice, afin de permettre le prélèvement des retenues obligatoires estimatifs sur les paiements de transfert fédéraux. Le règlement demande aussi aux gouvernements provinciaux et territoriaux de fournir des états financiers indiquant le montant total de la surfacturation et des frais modérateurs effectivement imposé aux patients dans l'exercice afin de réconcilier les retenues avec les montants prélevés. L'annexe A du rapport renferme le texte de ce règlement.
Rémunération à l'acte	Mode de paiement utilisé par les médecins et reposant sur un barème d'honoraires qui précise le coût de chaque service.
Résident	D'après l'articles 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , un résident ou un habitant est une personne domiciliée et résidant habituellement dans une province ou un territoire, et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme ou étant de passage ou en visite dans la province ou le territoire.
Retenues discrétionnaires	Les retenues discrétionnaires sont énoncées dans les articles 14 à 17 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> . En vertu de ces dispositions de la Loi, le ministre fédéral de la Santé peut autoriser, conformément au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), une réduction des paiements fédéraux destinés à une province ou à un territoire qui ne satisfait pas aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement énoncées dans la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , lorsque ces manquements ne peuvent être autrement résolus par des consultations entre les paliers respectifs de gouvernement. Les montants de ces retenues sont établis en fonction de la gravité du manquement.
Retenues obligatoires	Les provinces et les territoires qui permettent la surfacturation ou l'application de frais modérateurs se verront imposer une retenue obligatoire, d'un montant égal au niveau de la surfacturation ou des frais modérateurs, sur les paiements de transfert fédéraux. Les retenues obligatoires sont décrites dans les articles 20 et 21 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> . En vertu de ces dispositions, le ministre fédéral de la Santé peut autoriser que l'on réduise les paiements de transfert à une province ou à un territoire en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) si l'on relève une violation des dispositions relatives à la surfacturation ou aux frais modérateurs, et si l'on ne peut résoudre le problème par la consultation entre les deux paliers de gouvernement.
Service de chirurgie rendu par un médecin	Aux fins du <i>Rapport annuel sur l'application la Loi canadienne sur la santé</i> , un service de chirurgie rendu par un médecin est un service de chirurgie nécessaire sur le plan médical et rendu par un médecin.
Service de diagnostic rendu par un médecin	Aux fins du <i>Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé</i> , un service de diagnostic rendu par un médecin est un service médicalement nécessaire fourni par un médecin qui décèle ou détermine la présence de maladies ou de problèmes de santé.

Terme	Explication
Service médical assuré	Voir « Services médicaux ».
Services complémentaires de santé	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , ces services comprennent : les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires.
Services de chirurgie dentaire <b>ou</b> Services de chirurgie dentaire assurés	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , ces services comprennent : tout acte de chirurgie dentaire nécessaire sur le plan médical ou dentaire, accompli par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peut être accompli convenablement qu'en un tel établissement.
Services de diagnostic aux malades externes	Ces services comprennent les services de santé qui sont fournis dans un établissement de soins de santé pour un traitement qui ne requiert pas une hospitalisation et qui a pour objet de dépister et/ou d'identifier diverses maladies ou affections.
Services de santé assurés	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les services de santé assurés sont les services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail.
Services hospitaliers assurés	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> ainsi que la Politique fédérale sur les cliniques privées, les services hospitaliers assurés sont les services fournis dans un hôpital ou une clinique 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 : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;</li> <li><input type="checkbox"/> les services infirmiers;</li> <li><input type="checkbox"/> les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;</li> <li><input type="checkbox"/> les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital ou la clinique;</li> <li><input type="checkbox"/> l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;</li> <li><input type="checkbox"/> le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;</li> <li><input type="checkbox"/> l'usage des installations de radiothérapie;</li> <li><input type="checkbox"/> l'usage des installations de physiothérapie, et</li> <li><input type="checkbox"/> les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital ou la clinique.</li> </ul>

Terme	Explication
Services médicalement nécessaires	En vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance santé doivent fournir tous les services de santé assurés selon les modalités uniformes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé de leurs résidents. La loi ne définit pas les services médicalement nécessaires. Les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance santé en concertation avec les professionnels de la santé, sont entièrement responsables de déterminer quels sont les services médicalement nécessaires pour le maintien de la santé. Si la province ou le territoire détermine qu'un service est médicalement nécessaire, le coût du service doit en être entièrement défrayé par le régime d'assurance-santé publique pour être conforme aux fins de l'application de la loi. Si un service n'est pas considéré médicalement nécessaire, alors la province ou le territoire n'est pas dans l'obligation d'en défrayer les coûts selon les critères de la loi.
Services médicaux	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les services médicaux sont des services médicalement nécessaires fournis par un médecin.
Soins actifs	Ces soins comprennent les services de santé offerts aux personnes souffrant d'une maladie grave et soudaine, et qui doivent recevoir des soins infirmiers professionnels et être sous observation professionnelle de manière continue. Parmi les exemples de soins actifs, on compte l'observation postopératoire dans une unité de soins intensifs, et les services de soins et d'observation pendant l'attente d'une chirurgie d'urgence.
Soins de longue durée	Soins requis par une personne souffrant d'une maladie chronique ou d'une déficience fonctionnelle (physique ou mentale), qui a traversé la phase aiguë de la maladie, dont les processus vitaux peuvent ou non être stables et qui a besoin d'une gamme de services et de traitements médicaux ne pouvant être fournis que dans un hôpital.
Soins de réadaptation	Ces soins comprennent les services de santé offerts aux personnes ayant besoin d'une aide professionnelle pour restaurer des habiletés physiques et fonctionnelles à la suite d'une maladie ou d'une blessure. Mentionnons à titre d'exemple la thérapie dont a besoin une personne qui se remet d'un accident cérébrovasculaire (par ex., physiothérapie et orthophonie).
Spécialiste	Un spécialiste est un médecin autorisé exerçant la médecine dans une province ou un territoire et dont la tâche principale consiste à poser des diagnostics spécialisés et à offrir des traitements spécialisés. Parmi les spécialités on compte, entre autres, l'anesthésie, la dermatologie, la chirurgie générale, la gynécologie, la médecine interne, la neurologie, la neuropathologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la chirurgie plastique, la radiologie et l'urologie.
Surfacturation	L'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> définit la surfacturation comme la facturation de la prestation à une personne assurée par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédant par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial ou territorial d'assurance-santé.
Tiers-payeurs	Organismes tels que les commissions d'indemnisation des accidentés du travail, les compagnies d'assurance-santé privées, les régimes d'assurance-santé d'un employeur ou d'autres entités qui remboursent des services de santé assurés à leurs clients ou à leurs employés.

Terme	Explication
Transférabilité	Cette condition de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 11) exige que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux n'imposent pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux résidents de la province ou du territoire pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés. En outre, les régimes doivent couvrir et payer les services assurés fournis aux personnes assurées temporairement absentes de la province ou du territoire, et durant toute période de résidence ou de carence imposée par le régime d'assurance-santé d'une autre province ou d'un autre territoire.
Transfert canadien en matière de santé (TCS)	À partir du 1 <sup>er</sup> avril 2004, le TCSPS a été restructuré pour créer deux transferts distincts : le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS). Le TCS appuie l'engagement continu du gouvernement du Canada visant à maintenir les conditions et les critères nationaux de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> . Le TCPS est un transfert global à l'appui de l'enseignement postsecondaire, de l'aide sociale et des services sociaux. Il laisse donc aux provinces et aux territoires la marge de manoeuvre requise pour répartir les fonds entre les différents programmes sociaux en fonction de leurs priorités respectives.
Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux	Entré en vigueur le 1 <sup>er</sup> avril 1996, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) aux provinces et aux territoires visait à appuyer les soins de santé, l'enseignement postsecondaire ainsi que l'aide sociale et les services sociaux. Le TCSPS a remplacé le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), qui prévoyait un partage des coûts des programmes provinciaux et territoriaux d'aide sociale et de services sociaux, ainsi que le Financement des programmes établis (FPE), qui offrait un financement afin de soutenir les soins de santé et l'enseignement postsecondaire.  Le TCSPS était composé d'un transfert en espèces et d'un transfert sous forme de points d'impôt. Les points d'impôt ont été transférés en 1977 lorsque, en vertu du FPE, le gouvernement fédéral a convenu avec les gouvernements provinciaux et territoriaux de réduire ses taux d'imposition du revenu des particuliers et des entreprises dans l'ensemble des provinces et des territoires afin de permettre à ceux-ci de hausser leurs taux d'imposition dans la même mesure. En conséquence, des revenus auparavant destinés au gouvernement fédéral ont commencé à aller directement aux gouvernements provinciaux et territoriaux.  Le TCSPS donnait aux provinces et aux territoires la possibilité de répartir les paiements entre les différents programmes sociaux en fonction de leurs priorités, tout en se conformant aux principes de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> et à la condition qu'il n'y ait pas de période de résidence minimale à l'égard de l'aide sociale.
Universalité	Cette condition de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 10) exige qu'au titre d'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial, cent pour cent des personnes assurées de la province ou du territoire ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

**« Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé. »**

Santé Canada

This document is also available in English under the following title:  
*Canada Health Act Annual Report 2004-2005*

Préparé par :

Santé Canada

Direction générale de la politique de la santé

Division de la Loi canadienne sur la santé

Pour joindre la Division de la Loi canadienne sur la santé :

Visitez notre site Web : <http://www.santecanada.gc.ca/medicare>

Par courriel : [medicare\\_hc@hc-sc.gc.ca](mailto:medicare_hc@hc-sc.gc.ca)

Écrivez-nous à l'adresse suivante :

Division de la Loi canadienne sur la santé

0908C Édifice Brooke-Claxton

Pré Tunney

Ottawa, ON K1A 0K9

Canada

Pour obtenir des copies supplémentaires de cette publication, veuillez communiquer avec le

Centre de distribution de Santé Canada :

0900C2 Édifice Brooke-Claxton

Pré Tunney

Ottawa, ON K1A 0K9

Canada

Téléphone : (613) 954-5995

Télécopieur : (613) 941-5366

Courriel : [publications@hc-sc.gc.ca](mailto:publications@hc-sc.gc.ca)

Ce document est également disponible sur le site Web de Santé Canada à l'adresse suivante :

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

Les coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux sont présentées à la fin de ce rapport.

La présente publication peut être produite en format électronique ou en gros caractères sur demande.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada (2006)

*Loi canadienne sur la santé - Rapport annuel 2004-2005*

Imprimé :

Cat. : H1-4/2005F

ISBN : 0-662-70145-3

No. de publication : 1176

Adobe Acrobat :

Cat. : H1-4/2005F-PDF

ISBN : 0-662-70146-1

**Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé**

**Terre-Neuve-et-Labrador**

Ministère de la Santé et des Services

communautaires

Édifice Confederation

B.P. 8700,

St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 4J6

(709) 729-4984

[www.gov.nl.ca/health](http://www.gov.nl.ca/health)

**Île-du-Prince-Édouard**

Ministère de la Santé

B.P. 2000

Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8

(902) 368-4929

[www.gov.pe.ca/](http://www.gov.pe.ca/)

**Nouvelle-Écosse**

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

B.P. 488

Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8

(902) 424-5818

[www.gov.ns.ca/health/](http://www.gov.ns.ca/health/)

**Nouveau-Brunswick**

Ministère de la Santé et du Mieux-être

B.P. 5100

Frédéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

(506) 457-4800

<http://www.gnb.ca/>

**Québec**

Ministère de la Santé et des Services sociaux

1075, chemin Sainte-Foy,

Québec (Québec) G1S 2M1

(418) 266-7005

[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)

**Ontario**

Ministère de la Santé et des soins

de longue durée

M1-57, Édifice Macdonald

900, rue Bay

Toronto (Ontario) M7A 1N3

1-888-668-4636

[www.gov.on.ca/health/](http://www.gov.on.ca/health/)

**Manitoba**

Ministère de la Santé du Manitoba

300, rue Carlton

Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9

1-800-392-1207

[www.gov.mb.ca/health](http://www.gov.mb.ca/health)

**Saskatchewan**

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

3475, rue Albert

Régina (Saskatchewan) S4S 6X6

1-800-667-7766

[www.health.gov.sk.ca](http://www.health.gov.sk.ca)

**Alberta**

Régime d'assurance-santé de l'Alberta

B.P. 1360

Edmonton (Alberta) T5J 2N3

(780) 427-1432

[www.health.gov.ab.ca/](http://www.health.gov.ab.ca/)

**Colombie-Britannique**

Ministère des services de santé

1515, rue Blanchard

Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8

1-800-465-4911

[www.gov.bc.ca/health](http://www.gov.bc.ca/health)

**Yukon**

Ministère de la Santé et Affaires sociales

204, rue Lambert

Financial Plaza

Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

[www.hss.gov.yk.ca/](http://www.hss.gov.yk.ca/)

**Territoires du Nord-Ouest**

Ministère de la Santé et des Services sociaux

B.P. 1320

Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

X1A 2L9

1-800-661-0830 ou 1-867-777-7413

[www.hthss.gov.nt.ca](http://www.hthss.gov.nt.ca)

**Nunavut**

Ministère de la Santé et des Services sociaux

B.P. 1000, Station 1000

Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0

1-867-975-5700

[www.gov.nu.ca/hss.htm](http://www.gov.nu.ca/hss.htm)