



**RAPPORT DU COMITÉ CONSULTATIF DU PREMIER MINISTRE  
SUR LA SANTÉ (ALBERTA) – APERÇU**

**Margaret Smith**  
**Division du droit et du gouvernement**

**Le 21 février 2002**

---

---

**PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH  
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE**

**La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.**

**THIS DOCUMENT IS ALSO  
PUBLISHED IN ENGLISH**

# TABLE DES MATIÈRES

	<b>Page</b>
INTRODUCTION .....	1
COMITÉ CONSULTATIF SUR LA SANTÉ – RAPPORT .....	1
A. Viabilité.....	1
B. Rester en bonne santé.....	3
C. Réorganiser la prestation des soins de santé .....	4
1. L'accès à des soins de qualité .....	4
2. Accroître la concurrence, le choix et la responsabilisation au sein du système de santé.....	5
D. Le financement des soins de santé .....	7
1. Les services de santé que l'État devrait financer .....	7
2. La diversification de sources de revenus .....	8
E. Attirer et garder les fournisseurs de soins et utiliser leurs services judicieusement.....	11
F. Évaluer les résultats et juger de la qualité .....	11
COMMENTAIRE.....	12



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT  
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

## RAPPORT DU COMITÉ CONSULTATIF DU PREMIER MINISTRE SUR LA SANTÉ (ALBERTA) – APERÇU

### INTRODUCTION

En août 2000, le premier ministre de l'Alberta, Ralph Klein, a créé un comité consultatif sur la santé sous la présidence du très honorable Donald Mazankowski. Ce comité de 12 membres a été chargé d'examiner le système de santé public de la province et de recommander des mesures pour améliorer la qualité des services et protéger la viabilité du système.

Le rapport du Comité, *A Framework for Reform*<sup>(1)</sup>, a été publié le 8 janvier 2002 et a suscité beaucoup d'attention de la part des médias. Deux semaines plus tard, le gouvernement de la province répondait au rapport et annonçait qu'il commencerait aussitôt à mettre en pratique certaines mesures recommandées par le Comité.

Le présent document résume les recommandations présentées dans le rapport et la réponse du gouvernement de l'Alberta.

### COMITÉ CONSULTATIF SUR LA SANTÉ – RAPPORT

#### A. Viabilité

Le Comité consultatif a passé une bonne part de son temps à évaluer la viabilité du système de santé. Au départ, le Comité a établi qu'un système viable possède :

- des ressources financières et humaines suffisantes;

---

(1) *A Framework for Reform*, rapport du Comité consultatif du premier ministre sur la santé, décembre 2001 (publié le 8 janvier 2002) (<http://www.premiersadvisory.com/reform.html>).

- les ressources nécessaires pour réagir aux forces qui apportent le changement et font monter les coûts;
- des plans en vue d'assurer la disponibilité de ressources suffisantes pour soutenir le système de santé à long terme<sup>(2)</sup>.

Le rapport du Comité consultatif s'articule autour de la conclusion selon laquelle le système santé de l'Alberta ne demeurera viable à long terme que si des changements fondamentaux sont apportés tant au mode de financement du système qu'à la manière dont les services sont fournis<sup>(3)</sup>. Cette conclusion découle du fait que le Conseil est persuadé qu'il ne suffira plus de réaliser des économies en rendant le système plus efficace et en améliorant l'administration – deux objectifs qu'il importe néanmoins d'atteindre – pour contrebalancer les coûts croissants, les attentes toujours plus grandes et la demande accrue de services de santé.

À l'appui de sa conclusion, le Comité présente des statistiques selon lesquelles les dépenses de santé et les coûts des soins de santé ont augmenté :

- les dépenses de santé en Alberta sont passées de 4,1 milliards de dollars, en 1991-1992, à 7,1 milliards de dollars, en 2001-2002;
- la santé représente aujourd'hui près de 33 p. 100 des dépenses de programmes de la province, comparativement à 24 p. 100 il y a dix ans;
- les tendances actuelles donnent à penser que les dépenses de santé représenteront environ 50 p. 100 des dépenses de programmes de la province en 2008;
- l'augmentation des dépenses de santé est plus rapide que la croissance de l'économie de la province.

Le Comité consultatif mentionne également des facteurs qui, à son avis, feront monter les coûts considérablement :

- la croissance et le vieillissement de la population;
- les nouvelles technologies;
- les coûts croissants de la main-d'œuvre;
- les nouveaux médicaments;

---

(2) *Ibid.*, p. 12.

(3) *Ibid.*, p. 1.

- l'incidence accrue de maladies chroniques et nouvelles;
- les attentes et les exigences croissantes.

Pour assurer la pérennité du système de santé, le Comité consultatif recommande de procéder à une série de réformes dans cinq grands domaines, pour :

- aider les gens et les collectivités à assumer une responsabilité plus grande en ce qui a trait à leur santé;
- réorganiser la prestation des soins;
- trouver de nouvelles sources de revenus pour le paiement des services de santé;
- faire en sorte que les fournisseurs de soins soient en nombre suffisant et que leurs services soient utilisés le plus judicieusement possible;
- évaluer les résultats et améliorer la qualité<sup>(4)</sup>.

## **B. Rester en bonne santé**

Le Comité consultatif estime que le meilleur moyen d'assurer la pérennité du système de santé est d'amener les gens à prendre soin de leur santé<sup>(5)</sup>. Il recommande, entre autres choses :

- de fixer des objectifs et des buts clairs en matière de santé pour les dix prochaines années et d'évaluer la mesure dans laquelle ils sont atteints;
- d'offrir un enseignement sur la santé aux écoliers;
- d'aider les enfants pauvres;
- d'encourager les enfants et les jeunes à s'instruire le plus possible;
- de fournir de meilleurs renseignements sur les modes de vie sains;
- d'offrir aux gens des raisons qui les incitent à rester en bonne santé;
- de décourager le tabagisme<sup>(6)</sup>.

---

(4) *Ibid.*, p. 14.

(5) *Ibid.*, p. 41.

(6) *Ibid.*, p. 42-43.

Ces recommandations découlent du corpus croissant de documents démontrant les bienfaits, sur le plan de la santé, d'une vie saine, d'une situation socioéconomique avantageuse et d'une éducation supérieure. Le Comité consultatif vise à rétablir l'équilibre entre a) les mesures de prévention de la maladie et b) les services de santé destinés à diagnostiquer et à traiter les maladies et les blessures.

En réponse à ces recommandations, le gouvernement de l'Alberta entreprendra des initiatives axées sur la santé des élèves et des étudiants, préconisera la mise à jour du Guide alimentaire canadien, augmentera les taxes sur le tabac et mettra en place un certain nombre d'initiatives de promotion et d'information relativement à la santé<sup>(7)</sup>.

### **C. Réorganiser la prestation des soins de santé**

#### **1. L'accès à des soins de qualité**

Le Comité estime que « l'accès à des soins de santé » est le principal enjeu pour les Albertains. Ces derniers s'inquiètent avant tout du temps d'attente qu'exigent certains actes médicaux, les tests diagnostiques, le traitement de certaines maladies et l'obtention de rendez-vous avec des spécialistes, ainsi que de la difficulté de trouver un médecin de famille.

Le Comité insiste sur le fait que les résidents de l'Alberta devraient pouvoir compter sur un accès équitable et en temps opportun à des services de santé<sup>(8)</sup>. Voici les principales recommandations faites par le Comité en ce qui concerne l'accès :

- accès garanti à certains services de santé dans les 90 jours suivant un diagnostic et la recommandation d'un médecin;
- réduction du temps d'attente grâce à la mise en place d'un système centralisé de réservations pour certains actes, affichage sur Internet du temps d'attente pour certains actes et possibilité, pour le patient, d'obtenir des services de n'importe quel médecin ou hôpital;
- élargissement du choix des services à recevoir et du lieu de leur prestation;
- réforme des soins primaires;
- nouvelles méthodes de gestion des maladies chroniques<sup>(9)</sup>.

---

(7) *Building a better public health care system*, réponse du gouvernement de l'Alberta au rapport du Comité consultatif du premier ministre sur la santé, 23 janvier 2002, p. 4 (ci-après appelé « la réponse du gouvernement »).

(8) *A Framework for Reform* (2002), p. 19.

(9) *Ibid.*, p. 43-33.

La proposition relative à la garantie de soins obligerait les administrations régionales de la santé à fournir les services appropriés dans les 90 jours. Lorsque les administrations ne pourront pas respecter ce délai, elles seront tenues d'obtenir les services ailleurs à leurs frais.

Le gouvernement de l'Alberta prévoit l'introduction du régime des garanties de soins en 2003 et la mise en place du système de réservations centralisé en 2006<sup>(10)</sup>.

## **2. Accroître la concurrence, le choix et la responsabilisation au sein du système de santé.**

Le Comité consultatif considère que le système de santé est très hiérarchique et centralisé, ce qui laisse une très faible marge de manœuvre aux administrations régionales.

Les gens n'ont pas le choix : ils doivent obtenir les soins dont ils ont besoin du système public, et par conséquent se mettre dans la file d'attente. Le système est organisé par le gouvernement, financé par le gouvernement, assuré par le gouvernement et évalué par le gouvernement. Les administrations régionales de la santé jouent un rôle important dans la prestation de services, mais leurs budgets sont presque entièrement fixés par le gouvernement, les attentes sont établies par le gouvernement, et elles doivent rendre des comptes au gouvernement. Les administrations possèdent trop peu d'autorité réelle et la marge dont elles disposent est mince voire inexistante lorsqu'elles ne peuvent répondre aux besoins de leur clientèle à même les ressources à leur disposition.<sup>(11)</sup>

Parmi les mesures recommandées à ce sujet, le Comité préconise de donner aux administrations régionales de la santé plus de souplesse et d'accroître les choix et la concurrence au sein du système. Le gouvernement cesserait d'être à la fois l'assureur, le fournisseur et l'évaluateur des services de santé; son rôle consisterait plutôt à indiquer la direction générale à suivre et à verser des fonds aux administrations régionales<sup>(12)</sup>. De leur côté, ces dernières

---

(10) Réponse du gouvernement (2002), p. 4.

(11) *A Framework for Reform* (2002), p. 21 (traduction).

(12) *Ibid.*, p. 24.



seraient chargées de fournir des services de santé directement ou en vertu d'ententes avec d'autres entités.

Le Comité consultatif préconise une combinaison novatrice de services de santé publics et privés (en vertu de contrats avec les administrations régionales et financés par l'État)<sup>(13)</sup>. De toute évidence, le Comité estime qu'il faut tenir compte du rôle que le secteur privé peut jouer dans la prestation de services de santé, surtout pour améliorer l'accès et mettre en place des centres de spécialisation<sup>(14)</sup>.

Voici quelques-unes des mesures recommandées :

- conclusion de contrats pluriannuels entre la province et les administrations régionales pour fixer des objectifs de rendement et des budgets;
- coopération accrue entre les administrations régionales de la santé;
- conclusion d'accords de services entre les administrations régionales et les fournisseurs de soins (autres régions, cliniques, fournisseurs ou établissements privés ou sans but lucratif et groupes de fournisseurs de soins);
- mise sur pied de centres de spécialisation;
- élaboration de modèles exhaustifs de soins primaires;
- encourager diverses organisations et divers établissements publics, privés et sans but lucratif à fournir des soins de santé;
- encourager des groupes de fournisseurs de soins à constituer des « groupes de soins » et offrir une gamme de services aux administrations de la santé et aux particuliers;
- intégrer les services en santé mentale au travail des administrations régionales<sup>(15)</sup>.

Le gouvernement veut avoir conclu d'ici 2004 des contrats pluriannuels avec les administrations régionales de la santé.

---

(13) *Ibid.*, p. 56.

(14) *Ibid.*, p. 25.

(15) *Ibid.*, p. 7.

## **D. Le financement des soins de santé**

Deux recommandations du Comité consultatif ont retenu l'attention des médias et du public en raison de leurs conséquences éventuelles eu égard à la *Loi canadienne sur la santé* et de leur incidence financière sur les particuliers. Ces recommandations portent sur :

- les services de santé que l'État devrait financer;
- la diversification des sources de revenus destinés au financement des services de santé.

### **1. Les services de santé que l'État devrait financer**

Les propositions du Comité consultatif au sujet des services de santé financés par l'État découlent de l'hypothèse selon laquelle l'assurance-maladie (*Medicare*) n'a jamais été conçue pour couvrir la totalité des services, des traitements et des technologies de santé que le public s'est peu à peu habitué à attendre et à exiger.

Au début, le régime d'assurance-maladie ne visait que les soins fournis par les hôpitaux et les médecins. Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* (transférabilité, accessibilité, intégralité, administration publique et universalité) et les sanctions financières liées au ticket modérateur et à la surfacturation continuent de s'appliquer uniquement aux services d'hôpitaux et de médecins médicalement nécessaires et non pas à la multitude d'autres services (p. ex. produits pharmaceutiques, examens de la vue, soins à domicile) couverts par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie.

Selon le Comité consultatif, si le traitement efficace des maladies et des blessures graves doit être assuré ainsi que la gestion des maladies, il faudra choisir les services que l'on continuera d'assurer sous le régime public. Le Comité recommande la création d'un comité permanent d'experts chargé d'examiner la question et de prendre de telles décisions<sup>(16)</sup>. Le comité procéderait en deux temps. Premièrement, il examinerait toutes les catégories de services assurées afin de déterminer si elles devraient continuer de l'être. Ensuite, le comité déterminerait si de nouveaux traitements diagnostiques, services ou médicaments devraient être assurés. Il

---

(16) Les décisions d'un tel comité – notamment les recommandations de retirer certains services et traitements fournis par les hôpitaux et les médecins du régime public – pourraient soulever des questions d'interprétation par rapport au principe de l'intégralité prévu par la *Loi canadienne sur la santé*, dont l'article 9 dispose que : « 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. » Les services assurés sont les services nécessaires fournis par des médecins ou des hôpitaux.

serait ajouté de nouveaux produits ou services au régime public seulement si les recettes publiques le permettent ou si d'autres produits ou services sont retirés du régime. Les services exclus du régime public pourraient être offerts par des fournisseurs publics ou privés et payés au moyen d'une assurance additionnelle ou d'un compte d'épargne-santé (CES)<sup>(17)</sup> ou par le bénéficiaire.

Le gouvernement albertain a annoncé la création d'un comité d'experts. Ce dernier doit, d'ici à la fin d'août 2002, recommander les services à assurer et, d'ici à la fin d'octobre 2002, élaborer des critères d'examen des nouveaux services et traitements<sup>(18)</sup>.

## **2. La diversification de sources de revenus**

Ayant conclu que le régime d'assurance-maladie de l'Alberta a besoin de nouvelles sources de revenus, le Comité consultatif propose un certain nombre de mesures pour diversifier ces sources destinées à financer les soins de santé, notamment :

- imposer des taxes ou des impôts additionnels;
- considérer les services de santé comme des avantages imposables;
- augmenter les cotisations à l'assurance-maladie;
- élargir les régimes d'assurance complémentaires ou privés;
- facturer les soins aux usagers;
- permettre à des établissements privés d'offrir des soins de santé contre paiement par les personnes qui les reçoivent;
- créer des comptes d'épargne-santé (CES);
- autoriser le versement de cotisations variables à un compte de soins de santé provincial<sup>(19)</sup>.

Le Comité consultatif a estimé que certaines propositions sont plus faciles à faire accepter que d'autres. Ainsi, le rapport indique que les hausses de taxes et d'impôts ne suscitent pas beaucoup d'enthousiasme en Alberta. Le Comité écarte la possibilité de considérer les services de santé comme des avantages imposables pour les raisons suivantes : possibilité de difficultés financières dans certaines tranches de la population, complexité accrue du régime

---

(17) *A Framework for Reform* (2002), p. 45-46. On trouvera une analyse détaillée des comptes d'épargne-santé dans Margaret Smith, *Comptes d'épargne-santé – un tour d'horizon comparatif* (PRB 01-20F), Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, 30 octobre 2001.

(18) *A Framework for Reform*, p. 5.

(19) *Ibid.*, p. 52-61.

fiscal, absence de visibilité et possibilité que cette option soit vue comme une double imposition. Des préoccupations ont été exprimées au sujet de la facturation au point de service, car un tel régime constituerait un obstacle à l'obtention de soins pour les personnes à revenu modeste, sans compter qu'il contreviendrait à la *Loi canadienne sur la santé*.

La solution des soins privés payés par l'utilisateur nécessiterait la mise sur pied d'un réseau privé parallèle au sein duquel un contribuable pourrait obtenir des services assurés et non assurés par l'État dans un établissement privé et payer les deux types de services de sa poche ou par le truchement d'une assurance complémentaire. Ce scénario tranche avec le régime actuel, qui prévoit le paiement par l'État des services assurés et qui interdit le paiement par l'utilisateur des services assurés. Le Comité consultatif admet que cette solution pourrait offrir plus de souplesse, mais il ne la privilégie pas.

Quant à l'assurance complémentaire, le Comité consultatif ne préconise pas d'élargir l'assurance privée pour qu'elle englobe également les services assurés par l'État; toutefois, il note que l'assurance complémentaire pourrait servir à payer des services qui ne sont pas assurés par le régime public<sup>(20)</sup>.

La solution privilégiée par le Comité consultatif consiste à lier les cotisations d'assurance-maladie aux soins de santé et à l'étendue des services assurés (ce qui entraînerait une hausse des cotisations) et à élaborer un régime de financement spécifique reposant sur des CES ou des cotisations variables à un compte de soins de santé provincial, deux aspects que le Comité recommande d'examiner plus à fond<sup>(21)</sup>.

Le rapport du Comité consultatif explique à grands traits la manière dont fonctionnerait la solution fondée sur les CES. Chaque contribuable aurait un compte dans lequel un certain montant (corrigé en fonction de facteurs comme l'âge et le sexe) serait versé chaque année. Le montant pourrait être l'équivalent de la cotisation au régime provincial ou une combinaison de la cotisation et d'un autre montant fourni par la province. (Le gouvernement se chargerait des cotisations des personnes à faible revenu.) Le CES servirait à payer les services de santé assurés reçus chaque année. Au début, tous les services assurés seraient visés, à l'exception des services hospitaliers.

---

(20) *Ibid.*

(21) *Ibid.*, p. 61.

Les personnes qui auraient épuisé leur CES et auraient d'autres dépenses de santé au cours de l'année devraient payer de leur poche à hauteur d'un maximum annuel avant que n'intervienne le régime public, ou elles verraient leurs frais excédentaires pris en charge par le régime public dès lors que le solde du CES serait nul. (Le Comité ne recommande pas une solution plutôt que l'autre.)

L'argent restant dans le CES à la fin de l'année appartiendrait au titulaire du compte et pourrait servir à régler d'autres services de santé ou être conservé pour l'avenir<sup>(22)</sup>.

Une autre solution examinée dans le rapport est celle des cotisations variables à un compte de soins de santé provincial. Cette solution présente certaines caractéristiques du régime de CES, mais elle propose d'utiliser les cotisations au régime de santé provincial comme une forme de participation aux coûts (le Comité propose l'équivalent de 20 p. 100 des coûts) de certains services assurés par l'État et prévoit l'exigibilité d'une cotisation supplémentaire fondée sur le revenu imposable du particulier qui a épuisé son compte de cotisations pour l'année et qui aurait besoin d'autres services de santé. Les enfants et les personnes à faible revenu seraient exemptés<sup>(23)</sup>.

La solution des CES n'est pas exempte de difficultés, compte tenu des exigences de la *Loi canadienne sur la santé*, surtout si les contribuables sont forcés de payer de leur poche lorsque leur CES serait vide.

Le gouvernement de l'Alberta a fait deux annonces importantes à ce sujet : une augmentation des cotisations au titre des soins de santé et la création d'un groupe de travail de l'Assemblée législative chargé de recommander (dans un rapport qui doit être déposé en septembre 2002) d'autres sources de revenus pour les administrations régionales de la santé et un cadre de financement provincial<sup>(24)</sup>.

Enfin, le Comité consultatif recommande d'autoriser les administrations régionales de la santé à réunir des fonds additionnels pour payer les services qu'elles offrent<sup>(25)</sup>.

---

(22) *Ibid.*, p. 57.

(23) *Ibid.*, p. 58-59.

(24) Réponse du gouvernement (2002), p. 5.

(25) *A Framework for Reform* (2002), p. 62.

### **E. Attirer et garder les fournisseurs de soins et utiliser leurs services judicieusement**

Dans son rapport, le Comité consultatif reconnaît l'existence d'une grave pénurie de médecins, d'infirmières et d'autres fournisseurs de soins dans la province et l'existence de problèmes chroniques de moral au sein des employés de la santé. Le rapport souligne par ailleurs que le gouvernement provincial n'a pas réussi à intégrer les soins ni à trouver le moyen d'encourager l'adoption de modèles de soins intégrés.

En conséquence, le Comité a recommandé un certain nombre de mesures, notamment :

- d'élaborer des plans de main-d'œuvre exhaustifs;
- d'adopter des formules novatrices de rémunération des médecins;
- d'offrir aux médecins et aux autres fournisseurs de soins la possibilité de proposer un éventail de services plus large<sup>(26)</sup>.

Dans sa réponse, le gouvernement indique qu'il travaille déjà à l'élaboration d'un plan de main-d'œuvre exhaustif et qu'il cherche des moyens d'utiliser plus efficacement les compétences des fournisseurs de soins. Il espère pouvoir, dès 2005, rémunérer la moitié des médecins selon des régimes novateurs<sup>(27)</sup>.

### **F. Évaluer les résultats et juger de la qualité**

Le Comité consultatif recommande un certain nombre de mesures destinées à améliorer la qualité du système de santé albertain, notamment les suivantes :

- soutenir la recherche en santé;
- investir davantage dans les technologies de l'information;
- adopter des dossiers-patients électroniques;
- faire la promotion du secteur provincial de la santé comme un moteur de l'économie;
- créer une commission de contrôle des résultats, un organisme indépendant et permanent chargé d'examiner les résultats et la qualité, de fixer des mesures du rendement et de faire rapport au public<sup>(28)</sup>. (Une telle commission sera créée en 2002.)

---

(26) *Ibid.*, p. 10.

(27) Réponse du gouvernement (2002), p. 4.

(28) *Ibid.*, p. 68-69.

Le Comité consultatif note que l'absence d'information valable constitue un sérieux frein à la mise en place d'un système de santé efficace axé sur les résultats. Le Comité consultatif estime que le régime albertain est handicapé par l'existence d'une multitude de systèmes d'information incompatibles qui nuisent à la mise en commun de l'information et rendent difficile voire impossible toute tentative d'assurer un suivi des résultats et d'améliorer la qualité. Le Comité consultatif préconise d'investir dans la technologie de l'information, d'instaurer un système de dossiers médicaux électroniques – y compris l'adoption d'une carte-santé électronique, semblable à une carte de débit, qui permettrait d'assurer le suivi des services de santé utilisés et des frais afférents – et de mettre en place des normes relatives à la technologie de l'information en matière de santé<sup>(29)</sup>.

Dans sa réponse, le gouvernement est favorable à la création d'un système électronique d'information sur la santé, y compris l'instauration de dossiers-patients électroniques et de normes provinciales relatives à la technologie de l'information en matière de santé<sup>(30)</sup>.

## COMMENTAIRE

*A Framework for Reform* est un rapport provincial parmi d'autres – par exemple le rapport de la Commission Clair au Québec (2000), le rapport Fyke en Saskatchewan (2001) et le rapport Léger au Nouveau-Brunswick (2002) – qui présentent des approches et des projets pour renouveler les régimes de santé.

Le rapport albertain conclut en premier lieu que le système de l'Alberta ne pourra être maintenu encore longtemps à moins que ne soit modifiée en profondeur la manière dont il est financé et dont les services de santé sont fournis. Ce constat ouvre la voie aux propositions de réforme qui préconisent d'accorder plus d'importance à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie, d'améliorer l'accès aux soins et leur qualité, d'évaluer plus exactement les résultats, de réformer les soins primaires, d'accorder un rôle accru à l'entreprise privée pour la prestation des services de santé et de trouver de nouvelles sources de revenus pour payer les soins de santé.

---

(29) *A Framework for Reform* (2002), p. 6.

(30) Réponse du gouvernement (2002), p. 6.

Un certain nombre des recommandations du Comité consultatif semblent avoir été généralement bien reçues – on songe notamment à celles qui visent à offrir des garanties de soins, à améliorer l'accès aux services de santé, à évaluer les résultats, à intégrer les services de santé et à promouvoir la recherche sur la santé et les modes de vie sains. Cependant, dans certains milieux, on s'est dit inquiet au sujet des approches susceptibles d'entraîner le retrait de certains services ou traitements du régime public, de favoriser une participation accrue de l'entreprise privée à la prestation de services subventionnés par l'État et de diversifier les sources de financement des soins de santé en exigeant des particuliers qu'ils consacrent davantage de leur argent à la santé.

On cherche déjà à transposer des recommandations du Comité dans un cadre opérationnel. Le comité d'experts chargé de déterminer quels services et quels traitements continueront d'être payés par le régime public et le groupe de travail de l'Assemblée législative qui étudie les sources de revenus pour les administrations régionales de la santé et un cadre de financement provincial déposeront leur rapport plus tard au cours de l'année. Il est probable que leur travail préparera l'élaboration de propositions concrètes pour déterminer quels services devraient continuer à être payés dans le cadre du régime public et établir la manière dont des fonds additionnels pourront être obtenus et affectés à la santé.