

Services de santé interprovinciaux et internationaux

1.0 Résumé

Le Ministère exécute des programmes de prestation de services de santé hors pays et hors province dans le cadre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario; ces programmes fournissent une couverture selon des taux préétablis, de manière à se conformer au principe de transférabilité énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé*, aux termes d'un cadre juridique applicable à l'ensemble des provinces et des territoires. Ce principe signifie que tous les Canadiens sont couverts par l'assurance-santé publique, même quand ils voyagent au Canada ou à l'étranger, ou quand ils déménagent d'une province à une autre.

En 2017-2018, le Ministère a effectué des paiements totalisant 204 millions de dollars au titre d'environ 737 000 demandes de remboursement et autres demandes dans le cadre des programmes de services de santé hors pays et hors province; au cours des cinq dernières années, il en a traité environ 836 000 par année.

L'Ontario est un fournisseur net de services – en d'autres termes, il y a davantage de services en milieu hospitalier fournis en Ontario à des patients d'autres provinces et de territoires que de services fournis à des Ontariens dans les autres provinces et les territoires. Nous avons constaté que les hôpitaux de l'Ontario fournissent des services

à ces patients à un coût supérieur au montant qu'ils peuvent facturer aux autres provinces et territoires. Par exemple, les hôpitaux ontariens qui fournissent à des patients d'autres administrations canadiennes des services dont le coût peut se situer entre 154 \$ et 3 276 \$ doivent établir leur facture soumise aux régimes d'assurance-santé de ces administrations en utilisant un taux standard de 359 \$. Par conséquent, la province subventionne parfois les frais de soins de santé de patients d'autres provinces et territoires. L'ampleur de ce phénomène ne fait pas l'objet d'un suivi par tous les hôpitaux de l'Ontario.

En outre, au cours des cinq dernières années, le Ministère n'a rejeté aucune facture lui ayant été soumise directement par des médecins au titre de services de santé dispensés hors province à des Ontariens.

Nous avons aussi constaté qu'il faut donner plus d'information aux Ontariens sur la couverture financière dont ils bénéficient lorsqu'ils voyagent hors de la province, notamment qu'ils peuvent avoir à assumer les coûts résultant de l'écart de couverture des services de santé lorsque ces services sont obtenus à l'extérieur de la province, tant ailleurs au Canada qu'à l'extérieur du pays.

De plus, le Ministère n'utilise pas pleinement ou ne recueille pas de données de ses programmes de services de santé dispensés hors province ou hors pays pour orienter ses décisions sur l'élaboration de programmes. Par exemple, le Ministère ne peut pas établir aisément quels sont les services que les

Ontariens reçoivent fréquemment dans d'autres provinces. Or, cela pourrait l'aider à connaître les raisons qui amènent ces derniers à se rendre à l'extérieur de la province pour obtenir ces services.

Nous avons noté que le Ministère a pris récemment certaines mesures pour améliorer l'accès des Ontariens à des soins de santé dans d'autres régions du pays. Le Ministère a ainsi conclu une entente avec le ministère de la Santé du Manitoba en mai 2018 concernant l'affectation de fonds pour faciliter le transport de patients en provenance ou à destination d'établissements de soins de santé manitobains. Il a également accru la capacité de la province d'offrir des services, comme les chirurgies bariatriques (pour la perte de poids) et certains services de santé mentale, des services pour lesquels la province autorisait auparavant le financement pour leur prestation à l'extérieur du pays.

Voici quelques-unes de nos principales observations :

Programme destiné aux voyageurs hors pays

- **Lorsque des patients ontariens doivent recevoir des soins de santé d'urgence à l'étranger, la couverture accordée par le Ministère à des taux prédéfinis se limite à un faible pourcentage des coûts.** Nous avons constaté que de 2013-2014 à 2017-2018, pour chaque dollar facturé à un Ontarien par un médecin ou un hôpital à l'étranger, le remboursement accordé par le Ministère dans le cadre du programme de services de santé hors pays s'établissait en moyenne à cinq cents. Bien que le Ministère ait utilisé son site Web pour conseiller aux voyageurs de souscrire une assurance privée complémentaire, il n'utilise pas encore les médias sociaux pour sensibiliser davantage le public. Il n'a pas non plus axé ses efforts de sensibilisation du public sur les voyageurs qui traversent la frontière et qui ne réalisent peut-être pas qu'ils ne bénéficient pas d'une couverture pour l'ensemble de leurs soins de santé lorsqu'ils sont aux États-Unis.

Aiguillage d'Ontariens vers des services médicaux hors pays

- **Le Ministère peut améliorer sa planification des services de santé en Ontario afin de répondre à la demande de patients de la province qui pourraient autrement demander l'approbation d'un financement pour la prestation de services médicaux hors pays.** Les patients ontariens peuvent recevoir dans d'autres administrations des services de santé préapprouvés par le Ministère. Nous avons constaté que le Ministère dispose de renseignements recueillis dans le cadre de ses programmes à propos des services faisant couramment l'objet de demandes de prestation à l'extérieur de la province, mais il s'en remet à la communauté médicale pour établir les possibilités d'offrir ces mêmes services en Ontario. Le Ministère ne sait pas non plus si les patients pour lesquels il a préapprouvé la prestation de services de santé dans un établissement d'une autre province ou d'un autre pays ont reçu des traitements adéquats dans l'établissement en question et s'il devrait continuer d'y envoyer des patients. Certains spécialistes médicaux externes qui conseillent le Ministère en vue des décisions d'approbation préalable ont indiqué qu'il leur serait utile, pour pouvoir prendre de meilleures décisions à l'avenir, de disposer de renseignements sur les résultats obtenus par les patients qui sont allés dans des établissements à l'extérieur de la province.

Programme des services de santé hors province

- **Les patients ontariens qui doivent recevoir des services de santé lorsqu'ils se trouvent dans d'autres provinces ou dans des territoires du Canada peuvent avoir à payer des frais plus élevés en contrepartie de ces services.** À l'instar des autres provinces et territoires, lorsque l'Ontario rembourse un résident qui a reçu des services de santé hors

province, il ne couvre que les services assurés nécessaires du point de vue médical et fournis dans un hôpital ou un établissement de santé. Les autres services de santé, comme les établissements de soins de longue durée et les services ambulanciers, ne sont pas couverts. Ainsi, les patients ontariens qui reçoivent des services ambulanciers dans certaines autres provinces doivent payer des frais plus élevés – dont le montant peut atteindre 732,95 \$ – que ceux exigés par l'Ontario auprès des non-résidents de la province, soit 240 \$. Également, le Ministère n'informe pas adéquatement les Ontariens du fait que la couverture, par le régime provincial, des services médicaux admissibles reçus hors province se limite au taux de facturation en vigueur en Ontario, ce qui a comme conséquence que les patients ontariens peuvent avoir à acquitter des frais inattendus.

Recours au système hospitalier de l'Ontario par les patients de l'étranger

- **Le Ministère ne fait pas de suivi de l'incidence financière associée aux patients étrangers sur la province et sur les délais d'attente pour les patients ontariens.** En 2014, le Ministère a donné comme instruction aux hôpitaux de fournir des services aux patients de l'étranger uniquement dans des circonstances bien précises (par exemple pour des raisons d'ordre humanitaire), mais il n'a pas recueilli de façon permanente de renseignements afin de surveiller la conformité des hôpitaux à ses exigences.

Le présent rapport contient 13 recommandations préconisant 24 mesures pour donner suite aux constatations de notre audit.

Conclusion globale

Il ressort de notre audit que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère)

a mis en place des systèmes et des procédures pour gérer la plupart des aspects des programmes provinciaux d'assurance-santé relatifs aux services de santé hors pays et hors province. Le Ministère autorise toutefois la présentation de demandes de remboursement par voie électronique seulement dans des circonstances très limitées, et il ne peut pas extraire facilement de sa base de données des renseignements comme les délais de traitement et les tendances inhabituelles au niveau des demandes de remboursement, pour pouvoir surveiller le rendement des programmes.

Nous avons également constaté que les tarifs de facturation interprovinciale imposés par les hôpitaux de l'Ontario aux autres provinces et territoires ne couvrent pas la totalité des coûts de prestation de ces services aux patients. Par conséquent, les hôpitaux ontariens pourraient ne pas être indemnisés équitablement pour les services fournis aux patients des autres provinces et territoires.

Il faut sensibiliser davantage les Ontariens pour qu'ils sachent que, même s'ils peuvent recevoir le même niveau de soins à l'extérieur de la province, ils pourraient devoir assumer le coût attribuable aux différences de couverture par rapport aux soins dispensés en Ontario.

Le Ministère ne mesure pas les résultats des programmes de services de santé hors pays et hors province ni l'efficacité avec laquelle ils atteignent leurs objectifs, et il ne produit pas de rapports périodiques à ce sujet.

Bien que le Ministère ait donné comme instruction aux hôpitaux ontariens de se conformer à plusieurs principes lorsqu'ils fournissent des services à des patients étrangers, il n'a pas exercé de surveillance pour vérifier si les hôpitaux respectent les exigences en question, et il ne prend pas de mesures pour s'assurer que l'utilisation des services hospitaliers en Ontario par des patients étrangers n'a pas d'incidence négative sur la rapidité d'accès des Ontariens aux soins de santé.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) reconnaît la valeur de l'audit détaillé mené par la vérificatrice générale du programme d'approbation préalable des services de santé hors pays, du programme destiné aux voyageurs hors pays et du programme des services de santé hors province, ainsi que son examen du recours aux services de santé de l'Ontario par des patients étrangers. Le Ministère étudie avec soin les recommandations formulées dans le rapport d'audit afin de déterminer la meilleure façon d'y donner suite.

Le Régime d'assurance-santé de l'Ontario fournit une couverture médicale à environ 14 millions d'Ontariens. Chaque jour, les fournisseurs de soins de santé, dévoués et assidus, fournissent des soins de qualité aux résidents de l'Ontario. Toutefois, il arrive parfois que certains de ces soins soient fournis à l'extérieur de la province. Par exemple, le programme d'approbation préalable de services de santé hors pays géré par le Ministère s'avère un précieux filet de sécurité pour que les résidents de l'Ontario aient accès au financement de services de santé médicalement nécessaires, comme des traitements contre le cancer et des services chirurgicaux très spécialisés.

Les recommandations formulées par la vérificatrice générale aideront le Ministère à moderniser et à améliorer l'administration des programmes, à réaliser des gains d'efficience et à assurer la transparence et la reddition de comptes à l'égard de l'utilisation des fonds publics de l'Ontario. Les modifications au programme recommandées par la vérificatrice générale contribueront ultimement à favoriser la pérennité du programme d'assurance-santé de l'Ontario.

2.0 Contexte

2.1 Couverture d'assurance-santé offerte aux Ontariens lorsqu'ils sont à l'extérieur de la province

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) est responsable de la gestion et du fonctionnement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Ce régime couvre non seulement les services de santé assurés qui sont dispensés dans la province aux résidents de l'Ontario par des médecins, d'autres fournisseurs de soins de santé et des établissements désignés, mais aussi, sous réserve de certaines conditions, les services de soins médicaux et hospitaliers que les résidents de la province reçoivent dans d'autres provinces ou dans les territoires ainsi qu'à l'étranger.

Différentes raisons peuvent faire en sorte que des Ontariens aient besoin de recevoir des services de santé dans d'autres administrations. Il arrivera couramment qu'un Ontarien ait besoin de soins de façon inopinée pendant qu'il est en voyage, qu'il étudie ou qu'il travaille à l'extérieur de la province. Une autre raison peut être la nécessité d'une procédure médicale spécialisée qui ne peut être pratiquée en Ontario, ou qu'il est plus facile d'obtenir à l'étranger. Les Ontariens qui résident au sein de collectivités situées à proximité d'une autre administration sont plus susceptibles de recourir à des services de santé fournis dans cette autre administration ou aux États-Unis.

Le paiement de ces services est effectué conformément aux exigences législatives et réglementaires de la province concernant les soins de santé financés par le gouvernement.

2.2 Cadre juridique

Les deux objectifs fondamentaux de la politique fédérale en matière de soins de santé consistent premièrement à veiller à ce que tous les Canadiens aient droit à un accès en temps opportun à tous les

services de santé dont ils ont besoin, sans égard à leur capacité de payer, et, deuxièmement, à éviter que des Canadiens subissent des difficultés financières excessives du fait du coût des soins de santé.

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les régimes publics d'assurance-santé de chaque province et territoire doivent couvrir les services assurés (y compris les services médicalement nécessaires hospitaliers et médicaux) pour tous les Canadiens temporairement hors de leur province ou territoire de résidence (lorsqu'ils voyagent ailleurs au Canada ou à l'étranger, ou lorsqu'ils déménagent dans une autre province). C'est ce que l'on appelle le principe de transférabilité de la Loi.

En Ontario, la *Loi sur l'assurance-santé* (qui date de 1990) et la réglementation connexe établissent qui sont les personnes ayant droit à des services de santé payés par les fonds publics en vertu du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, quels sont les services assurés, et comment sont faits les paiements au titre du Régime.

Les provinces et les territoires du Canada établissent des plafonds sur le remboursement accordé à leurs résidents pour les dépenses médicales urgentes engagées hors province et hors pays. Les tribunaux canadiens ont statué que cela ne constitue pas une infraction au principe de transférabilité de la *Loi canadienne sur la santé*.

2.3 Programmes d'assurance au titre des services de santé hors pays et hors province

Le Ministère exécute trois programmes distincts couvrant les coûts reliés à l'obtention de services de santé par des Ontariens dans d'autres administrations, en fonction de situations particulières définies par règlement. L'autre administration peut être une autre province ou un territoire du Canada, ou encore un autre pays.

Les trois programmes en question couvrent :

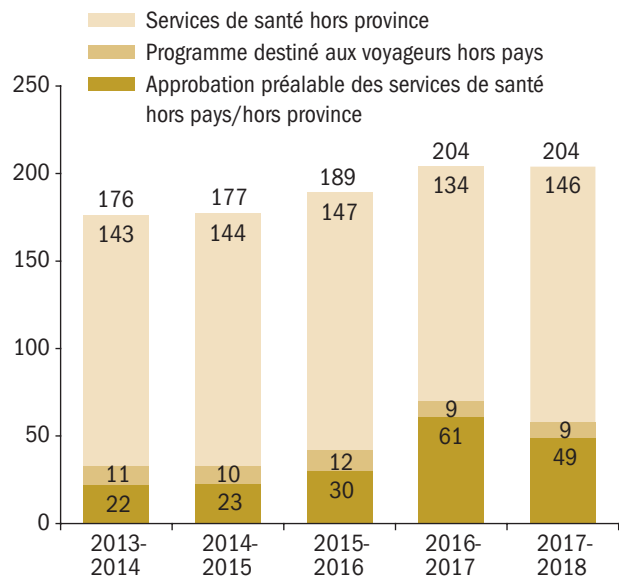
- les services de santé d'urgence reçus par des Ontariens dans un autre pays (programme destiné aux voyageurs hors pays);

- les services hospitaliers et les services médicaux dispensés à un Ontarien qui déménage dans une autre région du Canada ou qui y séjourne temporairement (programme des services de santé hors province);
- les services de santé prévus et préapprouvés qui sont dispensés à l'extérieur de la province, que ce soit ailleurs au Canada ou à l'étranger (programmes d'approbation préalable des services de santé hors province et hors pays).

En 2017-2018, le ministère a effectué des paiements totalisant 204 millions de dollars en règlement de demandes de remboursement dans le cadre de ces programmes, soit une hausse de 16 % par rapport à 2013-2014 (176 millions), ainsi que le montre la **figure 1**. Le Ministère estimait à sept millions de dollars par année environ le coût relié à l'exécution de ces programmes. Au cours des cinq dernières années, le Ministère a traité environ 836 000 demandes de remboursement et autres demandes par année dans le cadre de ces programmes.

Figure 1. Montant total des paiements effectués par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans le cadre du programme destiné aux voyageurs hors pays, du programme d'approbation préalable et du programme des services de santé hors province, de 2013-2014 à 2017-2018 (en millions de dollars)

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée



L'**annexe 1** présente de plus amples renseignements sur les types de services admissibles dans le cadre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario ainsi que sur les montants couverts par le Ministère aux fins de règlement des demandes de remboursement aux termes des trois programmes. L'**annexe 2** résume les objectifs des programmes tels qu'énoncés dans des documents internes du Ministère.

2.3.1 Programme destiné aux voyageurs hors pays

En 2017-2018, le Ministère a effectué des versements de quelque neuf millions de dollars en règlement de demandes de remboursement dans le cadre du programme destiné aux voyageurs hors pays. Au cours de l'exercice, 83 % des demandes de remboursement présentées au Ministère en vertu de ce programme avaient trait à des services fournis aux États-Unis. Le Ministère ne fait pas de suivi du pays d'origine dans le cas des demandes relatives à des services fournis ailleurs qu'aux États-Unis.

Ainsi que le montre la **figure 2**, entre 2013-2014 et 2017-2018, le Ministère a traité en moyenne environ 88 000 demandes de remboursement chaque

année dans le cadre de ce programme, et a payé en moyenne 127 \$ par demande de remboursement.

2.3.2 Programme des services de santé hors province

En 2017-2018, le Ministère a effectué des paiements totalisant environ 146 millions de dollars en règlement de demandes de remboursement dans le cadre du programme des services de santé hors province. On peut voir à la **figure 3** que, entre 2013-2014 et 2017-2018, le Ministère a traité chaque année environ 747 000 demandes de remboursement soumises au titre de services de santé hors province dans le cadre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, et a payé en moyenne 195 \$ par demande de remboursement.

En 2017-2018, 73 % de la valeur des demandes de remboursement ayant fait l'objet d'un paiement par le Ministère avaient trait à des services hospitaliers et 27 %, à des services médicaux. En 2017-2018, soit l'année la plus récente où l'on dispose de cette information, 28 % des patients ayant bénéficié de services hospitaliers dans d'autres régions du Canada ont reçu ces services au Manitoba, 19 % au Québec, et 16 % en Colombie-Britannique.

Figure 2. Nombre et valeur des demandes de remboursement soumises et des paiements correspondants, programme destiné aux voyageurs hors pays, de 2013-2014 à 2017-2018

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée

	Demandes de remboursement			Paiements*		
	Nombre de demandes	Valeur totale (en millions de dollars)	Montant moyen par demande (\$)	Nombre de demandes	Valeur totale (en millions de dollars)	Montant moyen par demande (\$)
2013-2014	95 687	209	2 187	89 128	11	124
2014-2015	87 332	215	2 459	79 179	10	126
2015-2016	94 401	250	2 651	84 881	12	138
2016-2017	81 014	224	2 759	70 364	9	128
2017-2018	83 069	216	2 604	71 387	9	121
Moyenne	88 301	223	2 532	78 991	10	127

* Le nombre de demandes ayant donné lieu à un paiement peut ne pas correspondre au nombre de demandes présentées la même année, car le paiement relatif à certaines demandes présentées au cours d'une année donnée peut être effectué lors d'une année subséquente.

Figure 3. Nombre et valeur des demandes de remboursement soumises et des paiements correspondants, programme des services de santé hors province, de 2013-2014 à 2017-2018

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée

	Demandes de remboursement			Paiements ¹		
	Nombre de demandes	Valeur totale (en millions de dollars)	Montant moyen par demande (\$)	Nombre de demandes	Valeur totale (en millions de dollars)	Montant moyen par demande (\$)
2013-2014	782 995	147	188	780 260	144	184
2014-2015	758 899	153	201	756 333	149	197
2015-2016	831 158	143	172	828 394	139	167
2016-2017	707 667	154	218	704 225	148	210
2017-2018	653 903	143	219	651 644	140	214
Moyenne	746 924	148	200	744 171	144	195

1. Le nombre de demandes ayant donné lieu à un paiement peut ne pas correspondre au nombre de demandes présentées la même année, car le paiement relatif à certaines demandes présentées au cours d'une année donnée peut être effectué lors d'une année subséquente.

2. Des ajustements comptables ayant été effectués, les chiffres de cette colonne diffèrent de ceux présentés à la figure 1.

2.3.3 Programmes d'approbation préalable des services de santé hors province et hors pays

En 2017-2018, si l'on exclut les services de laboratoire approuvés aux termes de ces programmes (que nous avons examinés lors de notre audit de 2017 portant sur les services de laboratoire dans le secteur de la santé), le Ministère a fait des paiements de 49 millions de dollars au titre des volets de ces programmes ayant trait aux services de santé hors pays et hors province.

Lors de cet exercice, 89 % des paiements effectués avaient trait à des services hors pays (et 96 % des services de cette catégorie avaient été dispensés aux États-Unis). Ainsi que l'indique la figure 4, entre 2013-2014 et 2017-2018, le ministère a traité en moyenne chaque année 762 demandes d'approbation préalable où le patient se rendait dans un autre pays (par opposition aux cas où l'on expédiait plutôt des échantillons à l'étranger), et a payé un montant moyen d'environ 74 000 \$ par cas. Selon les services dispensés, les montants approuvés entre 2013-2014 et 2017-2018 allaient de 200 \$ environ à plus d'un million.

Les autres paiements approuvés (11 %), qui totalisent cinq millions de dollars, se rapportaient à des cas ayant donné lieu à des traitements ailleurs au Canada.

Une part importante des paiements au titre des services de santé hors pays sont associés aux soins contre le cancer. En 2017-2018, les soins contre le cancer ont mobilisé environ 43 % du financement total rattaché à ces programmes, ce qui représentait 23 % de tous les cas approuvés. Cela comprend les services suivants :

- les greffes de cellules souches (incluant les greffes de moelle osseuse en vue de remplacer les cellules hématopoïétiques endommagées par le cancer, la radiothérapie ou la chimiothérapie par des cellules souches saines);
- l'immunothérapie par lymphocytes T à récepteur antigénique chimérique (où l'on utilise le système immunitaire du corps pour combattre le cancer, selon un concept voulant que les cellules immunitaires ou les anticorps soient capables de reconnaître et de détruire les cellules cancéreuses);
- la protonthérapie (type de traitement du cancer où l'on utilise des faisceaux de protons pour détruire les cellules cancéreuses).

Figure 4. Nombre de demandes reçues et nombre de remboursements effectués, montants approuvés et payés, programme d'approbation préalable où le patient se rend dans un autre pays¹, de 2013-2014 à 2017-2018

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée

	Demandes de remboursement				Paiements ²		
	Nombre de demandes	% de demandes approuvées par le Ministère	Montant approuvé par le Ministère (en millions de dollars)	Montant moyen approuvé par demande (en millions de dollars)	Nombre de demandes approuvées (\$)	Valeur totale ³ (en millions de dollars)	Montant moyen payé par demande (\$)
2013-2014	862	68	23	38 586	594	20	33 452
2014-2015	844	70	27	44 920	602	21	35 000
2015-2016	705	63	45	101 685	465	28	60 609
2016-2017	714	62	61	138 030	428	59	136 919 ⁴
2017-2018	687	59	45	112 027	414	44	105 591
Moyenne	762	64	40	87 050	501	34	74 315

1. Exclut les envois d'échantillons; ces cas ont été examinés au cours d'un audit mené en 2017 et ne font pas partie du présent audit.
2. Le nombre de demandes ayant donné lieu à un paiement lors d'une année donnée ne correspond pas au nombre de demandes approuvées la même année, car certains services approuvés ont été dispensés aux patients lors d'années subséquentes.
3. Outre les remboursements accordés au titre de services préapprouvés qui ont été dispensés à l'étranger, le Ministère a aussi effectué des paiements ayant trait à des services préapprouvés qui ont été dispensés ailleurs au Canada. Les coûts annuels rattachés à ces paiements ont oscillé entre deux et cinq millions de dollars au cours de la période de cinq ans examinée.
4. Ce chiffre est principalement attribuable à une hausse des cas de soins contre le cancer et des coûts connexes durant l'exercice en question.

Le Ministère a approuvé 59 % des demandes reçues en 2017-2018 et en a rejeté 21 %, le plus souvent des demandes relatives à des traitements en établissement pour des problèmes de santé mentale. Pour ce qui est des autres demandes, soit 20 % du total, leur auteur (le patient ou le spécialiste traitant) a annulé la demande après l'avoir transmise, que ce soit parce qu'il a été possible d'obtenir un traitement dans la province ou parce que le patient s'est rendu à l'établissement médical à l'étranger sans avoir obtenu une approbation préalable.

Étant donné que le programme d'approbation préalable des services de santé hors pays aide les résidents de la province à accéder à des ressources financières du Régime d'assurance-santé de l'Ontario pour des services médicalement nécessaires qui ne peuvent être obtenus en Ontario, le profil des demandes qu'il reçoit et des paiements qu'il effectue peut être révélateur de la nécessité d'accroître les capacités existantes ou de constituer des capacités nouvelles en Ontario au chapitre des services ainsi financés.

À titre d'exemple, lors de notre audit des services de laboratoire dans le secteur de la santé, en 2017, nous avons observé que le Ministère n'avait pas maintenu le rythme des investissements dans les infrastructures et de l'accroissement des compétences dans le domaine des tests génétiques, ce qui a entraîné des coûts de plus de 120 millions de dollars américains entre 2011-2012 et 2015-2016 pour la prestation de tels services hors pays. Nous avons aussi noté que le Ministère a engagé des dépenses de 34 millions de dollars en 2016-2017 pour environ 10 000 tests génétiques effectués à l'étranger.

Le Ministère a suivi une approche différente en ce qui touche les chirurgies bariatriques. Entre 2007-2008 et 2010-2011, il a financé environ 4 500 patients aux États-Unis pour recevoir ces chirurgies (qui consistent à réduire la taille de l'estomac chez les patients obèses au moyen d'une bande gastrique ou d'un pontage gastrique). Depuis, l'Ontario s'est doté de ses propres capacités de chirurgie bariatrique, et le Ministère n'a eu à

envoyer qu'un seul patient aux États-Unis pour une telle chirurgie entre 2011-2012 et 2017-2018.

2.4 Utilisation des services de santé de l'Ontario par des patients étrangers

Les touristes et visiteurs ne sont pas couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario, ni non plus certaines autres personnes, du fait de leur situation de citoyenneté ou d'immigration. Il demeure que des patients de l'étranger peuvent avoir accès à des services de santé en Ontario pour différentes raisons. Il peut s'agir par exemple d'étudiants étrangers qui deviennent malades et ont besoin de soins de santé pendant leurs études dans la province, de touristes qui subissent une blessure à la suite d'une chute à ski ou d'un accident de la route, de travailleurs étrangers qui ne remplissent pas les conditions d'admissibilité au Régime d'assurance-santé de l'Ontario, de demandeurs d'asile dans l'attente d'une décision relative à leur demande, ou encore de visiteurs de long séjour.

Certains patients étrangers viennent en Ontario expressément dans le but de recevoir des services de santé. Pensons à des femmes enceintes qui veulent accoucher en Ontario (tous les bébés qui naissent en Ontario sont des citoyens canadiens, peu importe la nationalité de leurs parents), ou à des visiteurs de l'étranger voulant recevoir un traitement spécialisé qui n'est pas offert dans leur pays.

Les hôpitaux ontariens peuvent facturer des frais aux patients étrangers, non seulement pour recouvrer le coût du traitement, mais aussi pour percevoir des revenus additionnels, et ce, sans avoir à obtenir une approbation particulière du Ministère. Ces frais peuvent être acquittés par le patient ou par un régime d'assurance privé, une administration publique étrangère ou un organisme de bienfaisance. Cependant, il n'entre pas dans les plans du Ministère de voir les hôpitaux de la province utiliser des fonds publics pour fournir des soins à des patients étrangers, et le Ministère ne veut pas non plus que les patients

étrangers aient préséance sur les Ontariens. Il s'attend en outre à ce que les revenus que les hôpitaux peuvent tirer des traitements fournis à des patients étrangers soient consacrés à des services hospitaliers destinés aux Ontariens.

Le Ministère, par l'entremise des réseaux locaux d'intégration des services de santé (comme cela est expliqué à la **section 2.5.2**), finance 75 centres de santé communautaires dans la province afin d'offrir des programmes et services communautaires et de soins de santé aux Ontariens, y compris ceux qui ne sont pas couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario ou par une assurance-santé privée. Lors de notre audit des centres de santé communautaires, en 2017, nous avons constaté que 4,2 % des clients recevant des services de ces centres n'étaient pas couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario, mais étaient plutôt assurés par d'autres régimes, comme le Programme fédéral de santé intérimaire, ou ne bénéficiaient d'aucune assurance.

2.5 Partenaires dans le cadre de programmes interprovinciaux et internationaux de services de santé

2.5.1 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Un certain nombre de directions du Ministère prennent part à l'exécution des trois programmes de services de santé hors pays et hors province du Régime d'assurance-santé de l'Ontario décrits à la **section 2.3**. Ces directions remplissent les fonctions suivantes :

- examiner les demandes d'approbation préalable, et travailler de concert avec les fournisseurs de services médicaux pour déterminer les possibilités d'offrir les mêmes services en Ontario;
- examiner et traiter les demandes soumises au processus d'examen interne du Ministère pour les trois programmes;

- représenter le Ministère lors des audiences de la Commission d'appel et de révision des services de santé (qui étudie les dossiers relatifs aux trois programmes, notamment lorsque l'auteur d'une demande est insatisfait du résultat du processus d'examen interne du Ministère; des précisions sont fournies à la **section 2.5.4**);
- représenter l'Ontario au sein d'un comité interprovincial et de ses différents groupes de travail (des explications sont fournies à la **section 2.5.5**);
- traiter les demandes de remboursement présentées dans le cadre des programmes, ce qui inclut la facturation interprovinciale, selon une formule de réciprocité, pour les services de santé hors province;
- produire des prévisions et préparer des rapports sur les dépenses des programmes.

De nombreuses directions ministérielles sont responsables de l'élaboration de politiques et de normes relatives aux hôpitaux ontariens dans le but d'accroître l'accès et la qualité dans l'optique des patients et de leurs familles. L'une de ces directions a comme tâche d'exercer une surveillance à l'égard de l'utilisation, par des patients étrangers, des services de soins de santé en Ontario (comme cela est décrit à la **section 2.4**).

2.5.2 Réseaux locaux d'intégration des services de santé et hôpitaux

Les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de la province assurent la planification, l'intégration, le financement et la surveillance des systèmes de santé locaux en fonction des besoins correspondants. Pour les RLISS situés dans des régions de l'Ontario qui sont contiguës à une autre province ou aux États-Unis, la gestion des besoins des résidents locaux en matière de santé est assortie de possibilités et de défis particuliers lorsque les soins requis peuvent être obtenus auprès des administrations voisines.

Les RLISS financent les 141 associations hospitalières publiques de la province. La plupart des hôpitaux fournissent des services à des patients hospitalisés et à des patients externes qui sont pour la très grande majorité des résidents de l'Ontario, mais certains hôpitaux offrent une proportion plus importante de services de santé à des patients venant de l'extérieur de la province (habituellement dans les régions de l'Ontario qui se trouvent à proximité de la frontière avec une autre province) et à des patients venant de l'étranger (en général dans de grands centres urbains). Une utilisation importante et imprévue des services du système de santé de l'Ontario par des patients de l'extérieur de la province ou du pays pourrait avoir des répercussions sur la prestation de services aux patients ontariens.

Selon les données de 2016-2017 sur les services hospitaliers interprovinciaux, les RLISS où les résidents étaient les plus nombreux à demander à être admis dans un hôpital situé ailleurs au Canada étaient ceux du Nord-Ouest et de Champlain, qui jouxtent respectivement le Manitoba et le Québec. À titre de comparaison, les deux RLISS de la province qui ont enregistré le plus de demandes d'admission de patients de l'extérieur de la province dans l'un de leurs hôpitaux étaient ceux de Champlain et de Toronto-centre – ces deux RLISS totalisent 75 % des hospitalisations de patients venant des autres provinces et des territoires.

2.5.3 Sociétés d'assurances

Étant donné que le Ministère ne rembourse les Ontariens que pour certains types de services de santé dans le cadre des programmes de services de santé hors pays et hors province, et que, dans le cas des demandes de remboursement par des voyageurs pour des services de santé reçus hors pays, le remboursement des services est assujéti à des taux précis qui sont souvent inférieurs à ceux qui se seraient appliqués si les patients avaient reçu les soins en Ontario, il est recommandé sur le site Web ministériel que les Ontariens, avant de quitter la

province, souscrivent une assurance voyage privée couvrant les services non assurés par ailleurs.

Le Ministère a conclu des ententes avec 30 sociétés d'assurances qui acquièrent ainsi le statut de sociétés d'assurance responsabilité civile « inscrites ». Selon ces ententes, si une demande de remboursement est déposée par un voyageur pour des services de santé reçus hors pays, la société d'assurances effectue un paiement directement au patient ou au fournisseur des services médicaux, puis il recouvre directement auprès du Ministère toute partie du montant qui est couverte par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Dans la mesure où il donne son consentement, le patient n'a pas à contacter le Ministère.

2.5.4 Commission d'appel et de révision des services de santé

La Commission d'appel et de révision des services de santé est un tribunal quasi judiciaire indépendant qui a comme mandat d'entendre les appels déposés aux termes de différentes lois, dont la *Loi sur l'assurance-santé* de 1990. Ces appels peuvent être déposés par des résidents dont la demande d'approbation préalable a été rejetée ou dont la demande de remboursement a été rejetée ou a donné lieu à un remboursement partiel par le Ministère. La Commission entend environ le tiers des appels déposés par des résidents et rend des décisions à leur sujet. Pour les deux autres tiers des appels, le Ministère approuve celui-ci à une étape antérieure du processus, ou le demandeur retire sa demande ou se désiste.

De 2015-2016 à 2017-2018, la Commission a reçu en moyenne 74 appels par année relatifs au programme des services de santé à l'étranger et environ 37 visant le programme d'approbation préalable. Depuis 2015, 5 % des décisions du Ministère ayant été portées en appel par des résidents ont été entièrement annulées par la Commission, et 4 % ont été annulées en partie.

2.5.5 Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé

Le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé est un comité fédéral-provincial qui aide à gérer les paiements entre administrations et qui traite les questions relatives à la couverture des soins de santé qui sont d'ordre interprovincial. Il supervise l'application de deux types d'ententes interprovinciales en assurance-santé – portant sur les services médicaux et sur les services hospitaliers, respectivement – et il établit les taux de facturation réciproque. Il compte des représentants de chaque province et de chaque territoire, tandis que Santé Canada assure l'exécution des fonctions administratives générales et centralisées.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre audit visait à déterminer si le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) avait mis en place des systèmes et des procédures efficaces pour accomplir les tâches suivantes :

- exécuter les programmes d'assurance-santé axés sur les services de santé hors pays et hors province afin d'assurer l'accessibilité des résidents ontariens admissibles à un soutien financier aux termes du Régime d'assurance-santé de l'Ontario au titre des soins de santé reçus à l'extérieur de la province, en conformité avec les ententes et les politiques en vigueur ainsi qu'avec les lois et les règlements fédéraux et provinciaux applicables, en respectant les principes d'économie et d'efficience;
- mesurer et rendre publics périodiquement les résultats des programmes et l'efficacité avec laquelle ils atteignent leurs objectifs;

- surveiller l'utilisation du système de santé de l'Ontario par des patients étrangers, et veiller à ce que cette utilisation n'ait pas d'incidence négative sur l'accès des Ontariens aux services de santé.

Avant de commencer notre travail, nous avons défini les critères d'audit à respecter pour atteindre notre objectif. Les critères sont fondés notamment sur l'examen des lois et des ententes applicables, sur des études internes et externes ainsi que sur des pratiques exemplaires compilées au fil de nos audits de programmes similaires. La haute direction du Ministère a examiné l'objectif de l'audit et les critères connexes, présentés à l'**annexe 3**, et a reconnu qu'ils étaient pertinents.

Les programmes du Régime d'assurance-santé de l'Ontario visés par notre audit sont : le programme destiné aux voyageurs hors pays, les programmes d'approbation préalable et le programme des services de santé hors province. Nous avons aussi examiné la manière dont les patients de l'étranger ont recours au système de santé de l'Ontario, principalement pour des services hospitaliers. Nous n'avons pas étendu notre examen aux approbations préalables de services de laboratoire dans le cas des patients dont les échantillons doivent faire l'objet de tests de laboratoire à l'extérieur de la province, car nous avons commenté ce point lors de notre audit de 2017 des services de laboratoire dans le secteur de la santé.

Nous nous sommes concentrés sur les activités des programmes au cours de la période de trois ans terminée le 31 mars 2018, et nous avons examiné les données pertinentes pour les cinq dernières années. Notre audit s'est déroulé de janvier à juin 2018, et nous avons obtenu du Ministère des déclarations écrites selon lesquelles, au 8 novembre 2018, il nous avait remis tous les renseignements dont il avait connaissance et qui étaient susceptibles d'avoir une incidence marquée sur les constatations ou sur la conclusion du présent rapport.

Dans le cadre de nos travaux, nous avons rencontré des membres du personnel des directions pertinentes du Ministère en poste à Kingston, London, Oshawa, Ottawa, Thunder Bay et

Toronto, et nous avons examiné les données et la documentation qu'ils nous ont fournies. En ce qui touche les endroits où sont traitées les demandes de remboursement, nous avons étudié la manière dont on assure la protection de la documentation après les heures de travail aux bureaux du Ministère à Kingston, London et Ottawa. Nous avons aussi analysé des données relatives au processus d'examen interne du Ministère et des données de la Commission d'appel et de révision des services de santé afin de discerner les tendances historiques entourant les annulations, par la Commission, de décisions du Ministère.

Pour mieux comprendre les profils d'utilisation des services de santé au niveau des régions par des non-résidents de l'Ontario et pour en savoir plus sur le recours, par les Ontariens habitant dans les régions servies par des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), à des services offerts dans d'autres administrations, nous avons eu des rencontres ou des discussions avec des représentants de 5 des 14 RLISS. Ces RLISS (Champlain, Nord-Ouest, Érié St-Clair, Toronto-Centre et Centre-Ouest) sont adjacents à une autre province ou à un État américain, ou ils fournissent une somme importante de soins à des patients venant de l'étranger. Nous avons aussi rencontré des représentants ou obtenu des données de huit hôpitaux ontariens (Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Hôpital général de Hawkesbury et District General Hospital, Hôpital Mount Sinai, Centre Sunnybrook des sciences de la santé, Hôpital général de North York, Hospital for Sick Children, William Osler Health System, et Réseau universitaire de santé) afin de déterminer l'incidence des non-résidents de la province sur la prestation de services de première ligne.

Nous avons mené des recherches sur la manière dont d'autres provinces et des territoires gèrent leurs programmes d'assurance-santé relatifs aux services de santé hors pays et hors province afin de déterminer quels aspects pourraient être améliorés en Ontario.

Nous avons rencontré des intervenants du secteur de la santé, dont la Travel Health

Insurance Association of Canada et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, pour connaître leur point de vue sur la façon dont fonctionnent les programmes ontariens.

Dans le but d'avoir une meilleure idée de leur participation aux programmes d'approbation préalable, nous avons rencontré des spécialistes médicaux externes auxquels fait appel le Ministère, dont Action Cancer Ontario, le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (de Qualité des services de santé Ontario), le Centre de toxicomanie et de santé mentale, le comité consultatif ontarien sur les services pédiatriques spécialisés et les responsables du programme du Toronto General Hospital relatif aux troubles de l'alimentation.

Nous avons obtenu de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) des données agrégées sur le traitement des patients dans le cadre des services de santé interprovinciaux. Les analyses, les conclusions, les opinions et les déclarations présentées dans ce rapport sont formulées par notre Bureau et ne reflètent pas nécessairement la position de l'ICIS.

Pour pouvoir déterminer l'étendue de nos travaux d'audit, nous avons passé en revue des rapports d'audit pertinents produits par la Division de la vérification interne de l'Ontario ainsi que des données relatives aux plaintes reçues par l'ombudsman de l'Ontario au cours des trois dernières années.

Enfin, nous avons étudié les points pertinents signalés dans la section de notre audit de 1998 du Régime d'assurance-santé de l'Ontario ayant trait aux demandes de remboursement du coût des services de santé hors pays, et nous avons incorporé cette information à nos travaux d'audit.

Nous avons fait appel à un conseiller indépendant spécialisé dans le domaine des soins de santé pour nous appuyer dans le cadre de notre audit.

Nous avons mené nos travaux et présenté les résultats de notre examen conformément aux Normes canadiennes de missions de certification – Missions d'appréciation directe applicables émises par le Conseil des normes internationales d'audit et

d'assurance des Comptables professionnels agréés du Canada (CPA Canada). Cela comprend pouvoir donner une assurance raisonnable.

Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario applique la Norme canadienne de contrôle qualité et, de ce fait, il maintient un système exhaustif de contrôle qualité comprenant des politiques et des procédures documentées au sujet du respect des règles de conduite professionnelle, des normes professionnelles, ainsi que des exigences législatives et réglementaires applicables.

Nous nous sommes conformés aux exigences d'indépendance et autres exigences déontologiques énoncées dans le Code de déontologie des Comptables professionnels agréés de l'Ontario, code qui repose sur les principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence et diligence professionnelles, de confidentialité et de comportement professionnel.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Programme destiné aux voyageurs hors pays

4.1.1 Les efforts de conscientisation des Ontariens à propos de la couverture offerte par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario lorsqu'ils sont en voyage à l'étranger se limitent à la présentation de conseils sur un site Web

Bien que le Ministère, sur sa principale page Web destinée aux voyageurs qui se rendent à l'étranger, conseille aux Ontariens de souscrire une assurance-santé privée lorsqu'ils quittent la province, nous avons constaté qu'un nombre élevé de demandes de remboursement avaient été présentées par des personnes qui n'avaient pas souscrit une telle assurance auprès d'une société d'assurances privée. Il est préoccupant de voir que de nombreux Ontariens voyagent sans assurance voyage lorsque

l'on se rend compte que, au cours de la période de cinq ans allant de 2013-2014 à 2017-2018, les remboursements accordés par le Ministère ont représenté seulement cinq cents de chaque dollar du montant de remboursement demandé par les voyageurs ontariens. L'absence d'assurance privée en complément de la couverture offerte par le Ministère peut avoir des répercussions marquées sur la situation financière des Ontariens, surtout en cas d'urgence nécessitant d'importants soins de santé.

Comme il est mentionné à la **section 2.3** et à l'**annexe 1**, la couverture des services d'urgence par le Ministère repose sur des taux très bas lorsque des résidents de l'Ontario doivent de manière imprévue obtenir ces services dans des hôpitaux pendant qu'ils sont en voyage à l'étranger. Les frais d'établissement sont de 50 \$ par jour pour les services de consultations externes, et de 200 \$ ou de 400 \$ par jour d'hospitalisation, selon la nature des soins fournis. Les honoraires des médecins sont remboursés selon le montant payé ou selon le barème en vigueur en Ontario, le moins élevé des montants étant retenu. Les urgences médicales à l'étranger peuvent survenir de façon tout à fait inattendue et donner lieu à des frais médicaux très élevés, comme en témoignent les exemples suivants :

- Tony a eu une crise cardiaque pendant qu'il séjournait en Floride. Le Régime d'assurance-santé de l'Ontario versera au plus 400 \$ par jour pour son séjour à l'hôpital, de même qu'un montant au titre des honoraires du médecin selon le barème en vigueur en Ontario. Si Tony avait souscrit une assurance privée avant son voyage, l'assureur privé aurait pu couvrir la différence entre le coût réel de ces services et le montant versé par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario.
- Marie décide de se rendre en voiture à Buffalo une fin de semaine pour magasiner. Elle n'a pas souscrit d'assurance voyage. À Buffalo, elle a un accident d'automobile. Elle doit acquitter une facture d'hôpital de 10 000 \$ et des honoraires de médecin de 3 000 \$. Elle présente une demande de remboursement au Régime

d'assurance-santé de l'Ontario, qui lui verse 400 \$ pour les deux jours passés à l'hôpital et 1 000 \$ au titre des honoraires de médecin, de sorte qu'elle doit payer 11 600 \$ de sa poche.

Les Ontariens peuvent souscrire une assurance privée à l'égard des dépenses de santé qu'ils pourraient avoir à engager pendant qu'ils sont en voyage et qui ne sont pas couvertes par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario. En règle générale, ce sont les raisons suivantes qui font en sorte que les voyageurs devraient souscrire une assurance voyage :

- Tout le monde ne dispose pas de la protection d'un régime d'assurance-maladie complémentaire financé par l'employeur, et un tel régime ne couvre pas forcément les services de santé reçus à l'extérieur du pays. Une étude de la population active canadienne menée en 2016 montre que de 20 % à 30 % des membres de cette population sont des travailleurs à la demande, des pigistes, des entrepreneurs indépendants et des experts-conseils; de plus, 85 % des sociétés interrogées ont dit s'attendre à ce que cet « effectif agile » prenne de l'expansion d'ici 2025. Or, les sociétés sont moins susceptibles d'offrir des prestations d'assurance-santé complémentaires financées par l'employeur à ces travailleurs.
- Bien que certaines personnes disposent d'une assurance voyage grâce à leur carte de crédit, ce ne sont pas toutes les cartes de crédit qui sont assorties d'une telle couverture. De plus, les sociétés émettrices peuvent imposer certaines conditions, par exemple offrir une protection dans le cadre de l'assurance voyage uniquement si le titulaire de la carte de crédit utilise cette dernière pour payer le voyage.

De nombreux Ontariens franchissent la frontière canado-américaine. Selon le département américain des transports, en 2017, environ 27 millions de personnes sont entrées aux États-Unis depuis l'Ontario, en traversant les postes frontaliers du Minnesota, de New York et du Michigan. (Ce chiffre comprend des conducteurs non ontariens, mais

il donne néanmoins un aperçu approximatif du nombre de fois où des Ontariens se rendent aux États-Unis en voiture chaque année.) Dès qu'ils sont en sol américain, ces personnes sont dans la même situation que n'importe quel autre voyageur à l'étranger en ce qui touche la protection limitée offerte par le Ministère à l'égard des soins médicaux d'urgence dont elles pourraient avoir besoin.

Les personnes qui réservent leur voyage auprès d'un transporteur aérien seront probablement invitées par ce dernier à souscrire une assurance voyage, mais elles ne suivent pas toutes ce conseil, et beaucoup d'entre elles ne sont pas couvertes par une autre assurance.

Les efforts déployés par le Ministère lui-même pour informer les Ontariens à propos des risques sont limités – pourtant, considérant le faible niveau de protection offert par le programme, on pourrait penser que le gouvernement inciterait fortement les Ontariens à souscrire une assurance voyage. Le Ministère fournit des renseignements aux Ontariens sur sa page Web principale destinée aux personnes qui partent en voyage à l'étranger, leur indiquant notamment ce qui suit : « Si vous prévoyez voyager à l'extérieur de l'Ontario, il est fortement recommandé de souscrire une assurance privée supplémentaire. En outre, vous devez bien comprendre ce qui est inclus dans votre police. » Cependant, il n'a pas eu recours à d'autres méthodes de sensibilisation du public. Nous n'avons trouvé aucune information laissant penser que, entre le 1^{er} août 2017 et le 31 juillet 2018, le Ministère avait transmis des renseignements aux Ontariens à partir de ses comptes sur les médias sociaux concernant la nécessité de souscrire une assurance voyage en raison des limites touchant les remboursements accordés par le Ministère et les services couverts.

De plus, le Ministère n'effectue pas d'analyses de données pour déterminer si certaines personnes sont moins enclines que d'autres à souscrire une assurance voyage, de manière à mieux cibler ses activités de conscientisation du public. Nous avons obtenu des renseignements sur les

demandes de remboursement présentées entre 2013-2014 et 2017-2018, et nous avons recensé près de 37 000 demandes présentées au Ministère directement par les patients, comparativement à quelque 402 000 demandes soumises au Ministère par des sociétés d'assurances au nom des patients. À propos des 37 000 demandes en question, le Ministère ne dispose d'aucun renseignement lui permettant de savoir dans combien de cas les patients ont subséquemment recouvré des montants additionnels auprès de régimes d'assurance privés par suite de la souscription d'une assurance privée.

RECOMMANDATION 1

Pour sensibiliser davantage le public aux taux limités de financement des soins médicaux d'urgence reçus à l'étranger et à la nécessité de souscrire une assurance privée pour couvrir les montants non remboursables par le gouvernement provincial, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit améliorer ses efforts de sensibilisation visant les Ontariens qui voyagent à l'étranger et en étendre la portée (par exemple en recourant aux médias sociaux), et il doit notamment cibler les groupes de personnes les plus susceptibles de ne pas souscrire d'assurance voyage.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit aux recommandations visant la sensibilisation accrue du public au sujet de la couverture du Régime d'assurance-santé de l'Ontario pour les soins médicaux d'urgence reçus à l'étranger et de la nécessité de souscrire une assurance voyage privée.

Le Ministère examinera l'utilisation de divers moyens de communication pour améliorer ses efforts de sensibilisation du public et en étendre la portée.

4.1.2 Le coût de gestion du programme destiné aux voyageurs hors pays est élevé en proportion des paiements effectués

Le Ministère consacre environ 2,8 millions de dollars par année à la gestion du programme destiné aux voyageurs hors pays, alors que les remboursements versés par ce programme s'élèvent annuellement à quelque 9 millions. À titre de comparaison, le Ministère affecte à peu près 4,2 millions de dollars par année à la gestion des programmes de services de santé hors province et d'approbation préalable, les versements annuels combinés de ces programmes atteignant près de 200 millions de dollars.

Le Ministère traite annuellement près de 90 000 demandes de remboursement présentées par des voyageurs. Son personnel doit évaluer ces demandes pour établir le taux de paiement approprié – soit le barème d'honoraires de médecin applicable en Ontario, 50 \$ par jour pour des services à des patients externes, et 200 \$ ou 400 \$ par jour d'hospitalisation, tout dépendant de la nature des soins dispensés. Nous avons observé que, tandis qu'il existe deux taux applicables pour les services d'hospitalisation en Ontario, la plupart des autres provinces et des territoires appliquent un taux commun, ainsi que le montre la **figure 5**. La tâche est rendue plus complexe encore du fait que le personnel traite manuellement ces demandes, qui sont principalement présentées sur papier. (La **section 4.4.1** contient des commentaires additionnels sur les pertes d'efficacité lors du traitement des demandes.)

De plus, par rapport à l'ensemble des demandes de remboursement au titre des services de santé hors pays et hors province, ce sont celles présentées dans le cadre de ce programme qui sont proportionnellement les plus nombreuses à être examinées par la Commission d'appel et de révision des services de santé, ce qui engendre des coûts additionnels pour le gouvernement.

Des documents ministériels de 2012 et de 2015 montrent que le Ministère a proposé l'apport de modifications au programme, notamment la

Figure 5. Comparaison des taux de remboursement applicables dans les provinces et les territoires à l'égard des services hospitaliers reçus à l'étranger, 2018

Sources des données : ministères provinciaux et territoriaux de la Santé

Province/territoire	Patients hospitalisés (\$/jour)	Patients externes (\$/jour)
Ontario	200 ou 400	50
Colombie-Britannique	75	0
Alberta	100	50
Saskatchewan	100	50
Manitoba	280-570	100
Québec	100	50
Nouveau-Brunswick	100	50
Nouvelle-Écosse	525	0
Île-du-Prince-Édouard*	1 423	359
Terre-Neuve-et-Labrador	465	62
Yukon*	2 642	359
Territoires du Nord-Ouest*	2 724	359
Nunavut*	2 638	359

* Il est précisé sur le site Web de ces administrations publiques que les services de santé reçus hors pays sont remboursés en fonction du taux provincial ou territorial applicable.

révision des niveaux de paiement existants (50 \$, 200 \$ ou 400 \$) pour les fixer à un taux standard de 100 \$ par jour pour les services aux patients hospitalisés, tandis que la couverture des services aux patients externes serait carrément éliminée. Le Ministère a indiqué que de telles modifications feraient concorder la couverture en Ontario avec celle offerte dans d'autres provinces et dans des territoires. Au moment où nous avons terminé notre audit, ces changements n'avaient pas été apportés.

RECOMMANDATION 2

Pour rationaliser la gestion du programme destiné aux voyageurs hors pays, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit réévaluer les possibilités de réduire les coûts administratifs, par exemple en adoptant un taux de remboursement unique (comme c'est le cas dans d'autres provinces) pour tous les services

de santé aux patients hospitalisés qui sont obtenus à l'étranger.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation et s'efforcera de simplifier l'administration du programme de services de santé hors province.

4.2 Programmes d'approbation préalable des services de santé hors province et hors pays

4.2.1 Le Ministère s'en remet à la communauté médicale pour guider le processus de constitution des capacités nécessaires afin de rapatrier des services dans la province

Le Ministère compte sur la communauté médicale (par exemple les spécialistes dans la province) pour déterminer les possibilités d'accroître les capacités dans la province afin que les Ontariens aient davantage accès aux soins de santé en Ontario, au lieu de devoir les envoyer à l'extérieur de la province.

Étant donné que le programme d'approbation préalable des services de santé hors pays aide les résidents de la province à accéder à des ressources financières du Régime d'assurance-santé de l'Ontario pour des services médicalement nécessaires qui ne sont pas fournis en Ontario, ou qui le sont mais tardivement, ce qui pourrait entraîner des conséquences médicales graves, le profil des demandes qu'il reçoit et des paiements qu'il effectue peut être révélateur de la nécessité d'accroître les capacités existantes ou de constituer des capacités nouvelles en Ontario au chapitre des services ainsi financés.

Certains hôpitaux que nous avons contactés ont indiqué s'attendre à ce que le Ministère analyse périodiquement les données sur les approbations préalables et à ce qu'il mobilise la communauté médicale dans le but de rapatrier des services – c'est-à-dire les offrir dans la province –, mais ils n'ont pas l'impression que le Ministère agit en ce sens.

Le Ministère utilise certains renseignements sur les approbations préalables pour cerner les tendances et les secteurs où les capacités pourraient être accrues, mais il pourrait faire plus à ce chapitre afin de répondre à la demande actuelle et prévue pour les services visés par une demande d'approbation préalable.

Bien que le Ministère ait fait des progrès en vue de constituer des capacités additionnelles pour offrir plus de possibilités de traitement dans la province – ce qui inclut les chirurgies bariatriques, le traitement contre le cancer et les traitements en établissement pour les adolescents ayant des troubles de l'alimentation graves et pour d'autres personnes atteintes de troubles obsessionnels-compulsifs graves –, il demeure que la capacité disponible dans la province ne répond pas toujours à la demande dans le cas des patients ontariens. Nous avons constaté que, en 2017-2018, un nombre élevé de patients avaient été envoyés hors de la province et que le Ministère avait effectué des paiements importants, principalement à des hôpitaux américains, à même les fonds destinés aux services aux patients dans le cadre du programme d'approbation préalable. Voici certains des paiements en question :

- 220 000 \$ pour chaque cas de traitement contre le cancer;
- 205 000 \$ pour chaque intervention vasculaire;
- 99 000 \$ pour chaque cas de soins cardiaques;
- 80 000 \$ pour chaque cas de services d'hospitalisation (reliés par exemple à un diagnostic de trouble de l'alimentation sévère, de toxicomanie, de trouble de la personnalité limite et de trouble obsessionnel-compulsif).

La province accroît ses capacités en matière de traitement du cancer

Lors de notre audit de 2017 portant sur les services de traitement du cancer, nous avons noté que le coût moyen pour chaque patient ayant besoin d'une greffe de cellules souches aux États-Unis s'établissait à 660 000 \$, et que l'Ontario ne

disposait pas des capacités requises pour répondre à la demande rattachée à ces greffes. Nous avons recommandé que le Ministère travaille en collaboration avec Action Cancer Ontario et avec les hôpitaux pour accélérer les processus d'examen et d'approbation des fonds d'immobilisations nécessaires en vue d'accroître la capacité d'effectuer des greffes de cellules souches en Ontario.

Au moment où nous avons réalisé le présent audit, le Ministère et Action Cancer Ontario ont indiqué que la province examinait la faisabilité d'offrir des services de protonthérapie en Ontario. Si la province va de l'avant avec le projet de construction d'un établissement de services de protonthérapie, les services seraient offerts dans cinq à sept ans. Dans l'intervalle, le Ministère, de concert avec Action Cancer Ontario, facilite les renvois à des fournisseurs de services de santé à l'étranger pour assurer l'accès des patients à la protonthérapie.

RECOMMANDATION 3

Pour aider les Ontariens à avoir un meilleur accès aux services de santé assurés dans la province, et pour déterminer les domaines prioritaires en vue de renforcer les capacités à l'intérieur de la province, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit procéder à un examen continu des statistiques relatives aux demandes et aux approbations relatives à la prestation de services de soins de santé à l'extérieur de l'Ontario, et il doit au besoin entamer des travaux de pair avec la communauté médicale afin de constituer ou d'accroître les capacités de prestation de services de santé faisant couramment l'objet d'un financement dans le cadre des programmes d'approbation préalable.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation. Même s'il a réussi à renforcer la capacité dans la province pour répondre à la demande de services à l'étranger, le Ministère reconnaît

qu'une collaboration plus étroite avec les spécialistes en soins de santé contribuerait à prévoir la demande à venir.

4.2.2 Le Ministère n'a pas conclu d'ententes de fournisseur de services à tarifs préférentiels avec des établissements médicaux étrangers fournissant année après année certains services médicaux à des Ontariens

Aux termes du règlement d'application de la *Loi sur l'assurance-santé*, le Ministère peut conclure une entente de fournisseur privilégié avec des hôpitaux, des établissements de santé ou des médecins se trouvant à l'extérieur de l'Ontario aux fins de fournir certains traitements et d'exécuter certaines procédures assortis de taux négociés au préalable. En date de mars 2018, le Ministère avait conclu de telles ententes avec 27 établissements de santé et hôpitaux, tous situés aux États-Unis. Toutefois, il n'a conclu aucune entente de fournisseur privilégié avec certains autres établissements de santé, malgré le fait que de plus en plus d'Ontariens reçoivent des services dans ces établissements. Le Ministère rate peut-être une occasion de réduire le coût des soins de santé dans le cadre des programmes d'approbation préalable et de hausser l'efficacité de l'examen des demandes, étant donné qu'il a déjà une certaine connaissance des services fournis par les fournisseurs privilégiés avec lesquels il a déjà négocié des taux de facturation.

En 2017-2018, 3 % du total des cas de financement approuvé par le Ministère dans le cadre du programme d'approbation préalable des services de santé hors pays visaient des fournisseurs privilégiés. (Cette proportion de 3 % correspond à 25 % des demandes de patients.) Chacun de ces établissements fournit des services de santé comprenant des traitements en établissement pour des troubles de l'alimentation et des troubles obsessionnels-compulsifs, et des traitements de chimiothérapie combinés à des interventions chirurgicales pour un certain type de cancer. Des

explications plus détaillées sur les fournisseurs privilégiés sont présentées à l'**annexe 1**. Les autres coûts approuvés (97 %) étaient rattachés à d'autres établissements de santé.

Nous avons analysé les données relatives aux approbations préalables, et nous avons constaté que quatre établissements américains qui n'ont pas conclu d'entente de fournisseur privilégié avec le Ministère avaient néanmoins traité en moyenne 10 patients ontariens par année entre 2015-2016 et 2017-2018. Ensemble, ces quatre établissements – dont les services comprennent des appareils et des procédures de soins de la vue, des traitements pour certains types de cancer et des chirurgies de réassignation sexuelle – ont reçu du Ministère des sommes se chiffrant à environ 35 millions de dollars durant les trois années en question, ce qui représente 35 % du financement total accordé dans le cadre du programme d'approbation préalable hors pays durant cette période. Le Ministère aurait peut-être la possibilité de réaliser des économies importantes s'il négociait des taux de facturation standard avec ces établissements, étant donné le coût élevé des services de santé aux États-Unis.

Nous avons demandé au Ministère pourquoi il n'avait pas conclu d'entente de fournisseur privilégié avec ces quatre établissements. Le Ministère a répondu qu'il réalisait déjà des gains d'efficacité grâce aux liens établis avec ces établissements, et estimait qu'il bénéficiait des coûts négociés hors des ententes conclues.

RECOMMANDATION 4

Par souci d'optimisation des ressources relativement aux paiements effectués à des établissements de santé situés à l'étranger au titre du coût des services de santé préapprouvés que ces établissements fournissent à des patients ontariens, et pour accroître l'efficacité de son processus d'évaluation des demandes présentées par les Ontariens dans le cadre des programmes d'approbation préalable, le ministère de la Santé et des Soins de longue

durée doit conclure des ententes avec les fournisseurs de services situés à l'étranger qui n'ont pas encore conclu d'entente de fournisseur privilégié avec lui lorsque l'on peut démontrer que les avantages de ces ententes l'emportent sur les coûts qui en découlent.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à la recommandation d'envisager la conclusion d'ententes de fournisseur privilégié lorsque cela est pertinent.

4.2.3 Les spécialistes médicaux externes ont constaté que les dossiers ne sont pas toujours complets

Le Ministère demande des conseils d'ordre médical lorsqu'il examine des demandes de financement de services de santé à l'extérieur de la province. Toutefois, deux des groupes de spécialistes médicaux externes à qui le Ministère fait appel pour obtenir des recommandations quant à la question de savoir s'il faut ou non approuver des demandes d'approbation préalable ont constaté que les dossiers transmis par le Ministère ne contenaient pas toujours des renseignements complets. Une telle situation peut avoir un effet sur le résultat de l'évaluation et entraîner indûment des retards dans le processus d'évaluation.

Le Ministère compte généralement sur les conseils de son personnel médical interne, de groupes de spécialistes médicaux externes officiels possédant chacun une expertise dans un domaine donné, ou de spécialistes médicaux faisant habituellement partie d'établissements d'enseignement ou d'organismes médicaux de grande taille (comme le Centre Sunnybrook des sciences de la santé et la division de neurologie pédiatrique de l'Université McMaster).

Le Ministère a recours à des groupes de spécialistes médicaux externes dans quatre domaines, soit les soins de santé mentale, les soins contre le cancer, les soins pédiatriques et les troubles de l'alimentation (**annexe 4**). Il a fait appel

à ces groupes pour 58 % des cas examinés entre 2016-2017 et 2017-2018.

Des spécialistes externes fournissent une aide dans certains cas ayant trait par exemple à la santé mentale, ou encore des cas pédiatriques reliés à la paralysie cérébrale, soit des domaines pour lesquels le Ministère n'a pas constitué de groupe spécialisé. Entre 2016-2017 et 2017-2018, le Ministère a fait appel à de tels spécialistes dans 6 % des cas examinés.

Aux fins de leur évaluation, les spécialistes médicaux examinent le dossier des patients en fonction de critères énoncés dans la réglementation : ils déterminent si le traitement est expérimental, si le traitement est déjà offert en Ontario, si le fait de recevoir le traitement dans la province entraîne un retard aux conséquences significatives sur le plan médical, et si le traitement proposé est conforme aux normes de soins en vigueur en Ontario.

Pour aider les spécialistes et les groupes spécialisés à effectuer leur évaluation, le Ministère leur transmet un questionnaire à remplir lors de l'examen des dossiers des patients. Ce questionnaire aide les spécialistes à documenter les conflits d'intérêts éventuels ainsi que leurs conclusions à propos des critères établis par la réglementation. Nous avons passé en revue un échantillon de dossiers de demandes d'approbation préalable et avons constaté que les décisions étaient documentées comme il se doit. Cependant, ainsi que nous l'avons indiqué, deux des groupes de spécialistes médicaux que nous avons contactés ont dit que, parfois, les dossiers des patients ne contenaient pas tous les renseignements nécessaires, comme l'indice de masse corporelle, pour les aider à formuler rapidement des recommandations. Le Ministère a précisé que la documentation des dossiers était préparée par le médecin traitant du patient et, lorsqu'on lui en fait la demande, il obtient les renseignements supplémentaires et les fournit au spécialiste.

4.2.4 Absence d'évaluation des établissements étrangers fournissant des services dans le cadre du programme d'approbation préalable

Le Ministère n'effectue pas d'évaluation pour vérifier si les établissements fournissant des services de santé préapprouvés à des Ontariens ont fourni à ces derniers des soins de bonne qualité. Un suivi des patients suivant la prestation des services, par exemple par l'entremise des médecins traitants, pourrait aider le Ministère et les spécialistes médicaux externes qui lui soumettent des recommandations sur l'approbation ou le rejet des demandes à déterminer s'il convient de continuer d'envoyer des patients dans ces établissements ou de recommander ces derniers aux patients, en particulier dans le cas des fournisseurs privilégiés désignés par le Ministère.

Le Ministère ne demande pas aux patients ni aux médecins qui les ont aiguillés de lui communiquer des commentaires à propos des établissements de soins de santé qui ont fourni les traitements. Le Ministère nous a déclaré que son rôle consiste à financer les services admissibles, et qu'il appartient selon lui au médecin qui aiguille le patient de déterminer les soins requis et de s'informer au sujet des résultats du point de vue du patient. De ce fait, le Ministère ne recueille ni n'analyse de données sur les résultats obtenus par les patients ayant reçu un traitement dans ces établissements. La plupart des groupes de spécialistes médicaux externes qui aident le Ministère en recommandant l'approbation ou le rejet des demandes nous ont dit qu'ils aimeraient connaître les résultats rattachés aux patients dont ils évaluent le dossier dans le cadre du programme d'approbation préalable, afin d'améliorer leur processus d'évaluation et d'étayer leurs décisions subséquentes ayant trait à des cas similaires.

Le Ministère pourrait à tout le moins recueillir des renseignements afin de savoir si l'expérience générale des patients a été positive ou négative dans les établissements à l'extérieur de la province, et peut-être aussi chercher à obtenir certains renseignements sur les résultats, comme les taux

d'infection postopératoire, mais il ne prend pas de mesures à cette fin.

RECOMMANDATION 5

Pour pouvoir prendre des décisions mieux étayées à l'égard des demandes d'approbation préalable de services de santé devant être dispensés à l'extérieur de l'Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- préparer une liste de contrôle faisant état de tous les documents et renseignements qu'il doit communiquer aux spécialistes médicaux externes;
- élaborer un mécanisme pour recueillir des données sur l'expérience et les résultats des patients ayant reçu des services de santé dans le cadre des programmes d'approbation préalable, et communiquer ces résultats aux groupes de spécialistes médicaux externes qui l'aident en lui soumettant des recommandations.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère collaborera avec les médecins traitants et les spécialistes médicaux externes à l'élaboration de listes de contrôle sur les exigences liées à la documentation.

Le Ministère se penchera également sur la conception d'un mécanisme de collecte et d'utilisation de données sur l'expérience des patients et les autres résultats, ainsi que sur les moyens de partager ces renseignements à l'appui de la prise de décisions.

4.2.5 Les Ontariens n'ont pas forcément les moyens d'assumer les coûts de déplacement requis pour recevoir des traitements médicaux à l'extérieur de la province

Même lorsqu'un Ontarien obtient l'approbation du Ministère en vue de recevoir un financement pour des soins de santé à l'extérieur de la province, il doit aussi se déplacer jusqu'à l'endroit en question.

Dès lors, les personnes ayant les moyens de se rendre hors province pour recevoir des soins de santé auront accès à ces soins, alors que d'autres estimeront que les coûts sont trop élevés et devront du coup attendre plus longtemps pour recevoir de tels soins dans la province – il se peut même qu'elles n'aient pas accès du tout à ces soins. Le Ministère ne recueille pas de renseignements sur les cas où le patient a décidé de ne pas chercher à obtenir une approbation préalable pour recevoir des services de santé hors province parce qu'il n'avait pas les moyens de faire le voyage.

Le Ministère accorde une subvention pour frais de transport à des fins médicales aux patients admissibles du Nord de l'Ontario qui doivent parcourir de grandes distances pour obtenir des soins de santé dans la province ou au Manitoba. Cependant, de façon générale, le Régime d'assurance-santé de l'Ontario ne couvre pas les coûts de transport à l'égard des services ayant fait l'objet d'une approbation préalable.

Nous avons mené des recherches pour déterminer si les frais de déplacement sont couverts par d'autres régimes provinciaux d'assurance-santé; nous avons ainsi appris que sept des provinces et des territoires canadiens – le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et le Nunavut – offrent des programmes de subvention pour le transport au titre des soins de santé hors pays et hors province ayant fait l'objet d'une approbation préalable, les modalités de ces programmes pouvant varier. Le programme de l'Île-du-Prince-Édouard comporte des critères d'admissibilité, dont l'un est fondé sur le revenu net du ménage. Tout comme l'Ontario, la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Québec n'accordent pas de subvention à l'égard des coûts de transport pour recevoir des services préapprouvés.

RECOMMANDATION 6

Pour faire en sorte que les Ontariens aient accès sans retard à des services de santé dont le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a préalablement approuvé la prestation à l'extérieur de la province, le Ministère doit mener une étude des mesures d'aide offertes par d'autres provinces et par des territoires dans le cadre de leurs programmes respectifs d'approbation préalable au titre des coûts de transport vers l'endroit où les services de santé doivent être fournis, et il doit évaluer si une aide similaire est de mise en Ontario, en tenant compte de facteurs d'admissibilité comme le niveau de revenu du ménage.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère examinera les mesures d'aide offertes par d'autres provinces et territoires pour les coûts de déplacement, afin de déterminer s'il serait possible d'offrir une aide semblable aux Ontariens.

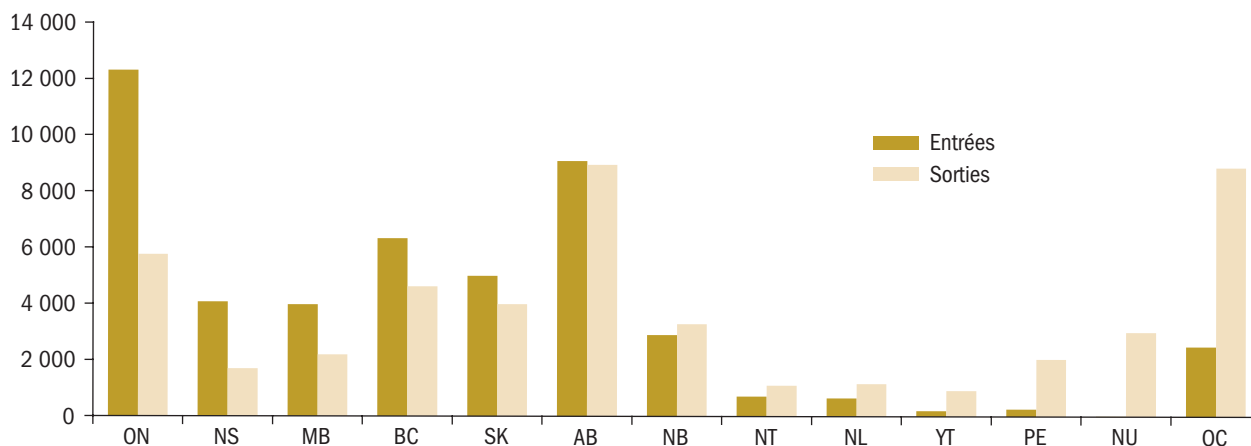
4.3 Programme des services de santé hors province

Dans le contexte de l'application du principe de transférabilité énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé* (se reporter à la **section 2.2**), l'Ontario fait partie des provinces canadiennes faisant partie de la catégorie des « fournisseurs nets ». La **figure 6** montre que, en 2016-2017, soit l'exercice le plus récent pour lequel on dispose de données, il y a eu davantage de patients hospitalisés en Ontario qui venaient des autres provinces ou des territoires qu'il y a eu de patients ontariens hospitalisés dans les autres provinces et les territoires. Il en a été de même pour la Nouvelle-Écosse, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique, où le nombre de résidents d'autres administrations ayant été hospitalisés dans leurs établissements a été supérieur au nombre de leurs résidents hospitalisés ailleurs au pays.

Le Ministère a indiqué qu'il ne fait pas un suivi des raisons pour lesquelles les Ontariens ont recours à des soins de santé dispensés ailleurs au Canada. Il estimait toutefois que l'attrait des hôpitaux ontariens du point de vue des résidents des autres provinces et des territoires pouvait tenir à des raisons comme le fait que plusieurs hôpitaux de la province sont spécialisés dans certaines

Figure 6. Nombre d'hospitalisations de patients venant d'autres provinces et territoires, selon les entrées-sorties nettes, 2016-2017

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé



Note : Les entrées correspondent au nombre de séjours à des fins de traitement dans une province ou un territoire donné par des personnes qui viennent d'une autre province ou d'un autre territoire. Les sorties indiquent le nombre de séjours dans d'autres provinces et d'autres territoires par des personnes résidant dans la province ou le territoire donné.

procédures, et aussi que la province est la plus peuplée au pays – les visiteurs des autres coins du Canada qui comptent de la famille en Ontario peuvent avoir besoin de soins de santé pendant qu'ils séjournent dans la province.

Nous avons constaté que, au cours de la période de 10 ans allant de 2007-2008 à 2016-2017, le nombre d'hospitalisations d'Ontariens dans une autre province ou un territoire a diminué, tandis que le nombre de résidents d'autres provinces et de territoires hospitalisés en Ontario a augmenté.

En 2016-2017, il y a eu 5 757 séjours signalés de patients ontariens dans des hôpitaux d'autres provinces, contre 7 701 en 2007-2008, ce qui représente une baisse de 25 %. Les deux tiers environ de ces hospitalisations en 2016-2017 ont eu lieu au Manitoba, au Québec ou en Colombie-Britannique.

À titre de comparaison, toujours en 2016-2017, le nombre de patients d'autres régions du Canada ayant fait un séjour dans des hôpitaux ontariens s'est établi à 12 305, soit 21 % de plus qu'en 2007-2008 (10 200). Au total, 61 % de ces patients venaient du Québec et 9 %, de l'Alberta.

Mesures prises pour améliorer l'accès des Ontariens aux services de santé offerts ailleurs au Canada

Nous avons observé que le Ministère a pris récemment certaines mesures utiles pour améliorer l'accès des Ontariens aux services de santé offerts ailleurs au Canada. Ainsi, pour aider les Ontariens vivant sur le territoire du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Ouest à avoir accès aux services de santé au Manitoba – accès dont ces résidents ne disposent pas toujours –, le Ministère, de concert avec le RLISS, a conclu une entente avec le ministère de la Santé du Manitoba en mai 2018 en vue d'affecter jusqu'à 4,8 millions de dollars par année pour faciliter le transport de patients à destination et en provenance d'établissements du Manitoba et pour fournir des fonds complémentaires à l'égard de certains

services hospitaliers aux termes de l'entente de facturation interprovinciale. En 2016-2017, 28 % des Ontariens hospitalisés dans d'autres provinces et des territoires étaient résidents du territoire du RLISS du Nord-Ouest, et 95 % de ces séjours particuliers avaient été faits dans des hôpitaux manitobains.

Également, en mai 2018, le Ministère a proposé l'apport de modifications à la réglementation pour pouvoir commencer à couvrir les soins à domicile et les soins palliatifs dispensés à des Ontariens séjournant temporairement ailleurs au Canada (ces services sont déjà couverts lorsqu'ils sont dispensés aux Ontariens à leur domicile) ainsi qu'à d'autres Canadiens qui viennent de s'installer en Ontario, sans que ces derniers soient assujettis à la période d'attente interprovinciale prévue par la loi. Au moment où nous avons terminé cet audit, les modifications proposées avaient été rendues publiques afin de recueillir des commentaires.

4.3.1 Les services de soins de santé ne sont pas tous entièrement transférables ailleurs au Canada

À l'instar d'autres administrations provinciales et territoriales, le Ministère couvre les services médicaux (p. ex., consultations, cliniques sans rendez-vous) et les services hospitaliers (urgences, tests diagnostiques et tests de laboratoire, etc.) que reçoivent des Ontariens en voyage ailleurs au Canada. Mais cette couverture ne comprend pas certains autres services financés par l'État, comme les services d'ambulance, les soins à domicile et les services communautaires en santé mentale offerts en dehors des hôpitaux – soit des services couverts en partie ou en totalité par le Ministère lorsqu'ils sont dispensés dans la province aux Ontariens admissibles. En effet, aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires sont tenus de couvrir uniquement les services médicalement nécessaires qui sont fournis par un médecin ou dans un hôpital à leurs résidents pendant que ceux-ci sont temporairement absents de leur province ou de leur territoire

de résidence (ladite loi ne définit pas les termes « temporairement absents »).

À l'instar de plusieurs provinces et territoires, l'Ontario offre à ses résidents, lorsqu'ils se trouvent dans la province, non seulement les services médicaux et les services hospitaliers requis par la *Loi canadienne sur la santé*, mais également des services de soins de santé additionnels. En Ontario, cela comprend les médicaments prescrits dans un milieu autre qu'un hôpital à des personnes admissibles dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario, les soins à domicile aux Ontariens admissibles qui ont besoin de services de soutien à domicile, et bien d'autres services encore.

Par contre, dans le cas des Ontariens qui se rendent dans une autre province ou dans un territoire, par exemple pour prendre des vacances, étudier ou travailler, ou qui résident dans des collectivités contiguës à une autre administration, comme à Kenora, dans le Nord-Ouest de la province, et qui reçoivent des services de santé dans une province voisine (dans un établissement pouvant être moins loin de l'endroit où ils résident que l'établissement ontarien le plus proche), le Ministère rembourse uniquement les coûts

imputables aux services médicaux et hospitaliers (y compris certains services de chirurgie dentaire) au titre de ce programme, parce que seuls ces services sont visés par l'exigence énoncée dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Les Ontariens paient davantage pour des services d'ambulance dans certaines provinces que le montant que l'Ontario facture aux résidents des autres provinces et des territoires

Le Ministère assume en totalité ou en partie le coût de certains services – autres que les services médicaux ou hospitaliers – que reçoivent les Ontariens dans la province, par exemple les services d'ambulance et la plupart des tests sanguins effectués dans des laboratoires à l'extérieur des hôpitaux; il ne couvre toutefois pas ces services lorsqu'ils sont obtenus par des Ontariens ailleurs au Canada, ainsi que le montre la **figure 7**.

Nous avons examiné les différences dans les taux de facturation de certains services de santé qui ne sont pas couverts par le Ministère si un Ontarien les reçoit dans une autre province ou dans un territoire. Du fait que nous ne disposons pas de renseignements complets sur les services de

Figure 7. Services de santé reçus par des Ontariens à l'intérieur et à l'extérieur de la province qui sont couverts par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée

En Ontario	Hors de l'Ontario, mais au Canada ¹
Couverture complète ou partielle	
<ul style="list-style-type: none"> • Services médicaux² • Services hospitaliers² • Services d'ambulance • Services de soins à domicile • Soins palliatifs • Médicaments dispensés en dehors d'un milieu hospitalier (p. ex., programme de médicaments sur ordonnance pour les aînés) • Services de laboratoire communautaire • Établissements de santé mentale • Appareils fonctionnels (p. ex., prothèses) 	<ul style="list-style-type: none"> • Services médicaux² • Services hospitaliers²

1. Le Ministère peut aussi couvrir d'autres services de santé fournis hors de la province mais au Canada, dans le cadre de son programme d'approbation préalable. De plus amples renseignements sont fournis à l'annexe 1.

2. Services médicalement nécessaires et assurés.

santé reçus par les Ontariens hors de la province, et que les données du Ministère ne permettent pas de déterminer les services de santé reçus le plus souvent (étant donné que ces données ont trait aux demandes de remboursement présentées au Ministère par les patients, qui peuvent ne pas avoir demandé le remboursement d'autres coûts, soit parce qu'ils savent que le Ministère ne les rembourse pas, soit parce qu'ils ont souscrit une assurance privée), nous avons choisi les services d'ambulance à titre de service de santé dont un Canadien pourrait avoir à acquitter directement le coût lorsqu'il se trouve dans une autre région du pays.

Nous avons constaté que le montant facturé aux Ontariens au titre des services d'ambulance reçus dans d'autres régions du Canada était plus élevé que celui facturé par le gouvernement de l'Ontario aux résidents d'autres provinces et de territoires. Par exemple, au moment de notre audit, l'Ontario facturait des frais de 240 \$ pour l'utilisation d'une ambulance terrestre par des personnes vivant ailleurs au Canada, alors que cinq autres provinces imposaient des frais supérieurs à ce montant aux Ontariens et aux autres personnes résidant ailleurs au pays – la Nouvelle-Écosse facturait des frais de 732,95 \$, le Nouveau-Brunswick, de 650 \$, l'Île-du-Prince-Édouard, de 600 \$, la Colombie-Britannique, de 530 \$, et le Québec, de 400 \$, plus des frais de kilométrage. À titre de comparaison, un Ontarien doit payer des frais de 45 \$ seulement à titre de quote-part lorsqu'il utilise des services d'ambulance terrestre dans la province. L'Ontario n'a conclu aucune entente de réciprocité avec d'autres provinces ni avec des territoires à l'égard des services d'ambulance.

En 2016, le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (se reporter à la **section 2.5.5**) a mis sur pied un groupe de travail composé de représentants provinciaux afin d'examiner les écarts de couverture entre provinces, notamment en ce qui touche les services d'ambulance. Au moment où nous avons terminé notre audit, le Comité n'avait pas encore formulé de recommandations.

4.3.2 Les efforts du Ministère en vue de sensibiliser les Ontariens à la protection offerte par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario lorsqu'ils sont en voyage dans une autre province ou un territoire du Canada se limitent à un avis affiché sur son site Web

Sur sa page Web principale consacrée à la couverture des services de santé qui est offerte aux Ontariens lorsqu'ils sont en voyage ailleurs au Canada, le Ministère fournit des exemples de services de santé qui ne sont pas couverts, et il présente l'avis suivant : « Nous vous recommandons de prendre une assurance voyage privée avant de quitter l'Ontario pour couvrir tout service non assuré dont vous pourriez avoir besoin. » Ainsi que cela est indiqué à la **section 4.1.1**, le Ministère n'a pas eu recours aux médias sociaux pour conscientiser le public concernant la protection au titre des services de santé pour les Ontariens qui voyagent à l'extérieur de la province.

À titre de comparaison, les pages Web principales d'autres provinces et de territoires portant sur la couverture des services de santé obtenus hors province contiennent des messages plus détaillés et qui insistent davantage sur la nécessité de souscrire une assurance privée. Par exemple, Terre-Neuve-et-Labrador conseille à ses résidents de souscrire une assurance voyage auprès d'un assureur privé, même si leur voyage dure un seul jour. Le Québec fait savoir à ses résidents que le gouvernement provincial ne rembourse pas la totalité du coût des services de soins de santé reçus hors province, et qu'il ne couvre pas du tout certains services. De même, le Yukon avertit ses résidents que son régime d'assurance-santé ne couvre pas les services d'ambulance, et il conseille de souscrire une assurance privée même dans le cas d'un voyage d'une seule journée aux États-Unis ou dans une autre province canadienne.

Les Ontariens qui voyagent et qui ne sont pas bien informés à propos de la nécessité de souscrire une assurance privée risquent de devoir acquitter eux-mêmes les frais reliés à certains services de santé reçus ailleurs au Canada.

4.3.3 Aucune entente n'a été conclue entre l'Ontario et le Québec pour simplifier le processus de facturation des services médicaux reçus au Québec

Le Ministère n'a pas contribué à alléger le fardeau administratif que doivent assumer les Ontariens qui reçoivent des services médicaux au Québec. Étant donné que cette province n'est pas partie à l'entente de facturation interprovinciale des services médicaux, les Ontariens qui reçoivent de tels services au Québec doivent généralement payer la facture applicable au moment où ils reçoivent les services, puis soumettre la facture pour obtenir un remboursement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Le processus est plus simple lorsque les Ontariens reçoivent des services médicaux ailleurs au Canada, car le médecin facture d'abord les services à son régime provincial d'assurance, qui facture ensuite le Régime d'assurance-santé de l'Ontario à des fins de remboursement. Les Ontariens qui reçoivent des services médicaux au Québec doivent donc prendre des mesures additionnelles pour obtenir un remboursement par rapport à ceux qui reçoivent les mêmes services dans une autre province ou dans un territoire.

Une entente est en vigueur depuis 1988 entre le Ministère et une région de l'Ouest du Québec pour aider les Québécois qui y habitent à recevoir des services d'urgence et des services médicaux spécialisés qui ne sont pas disponibles dans la région en question, et ce, sans avoir à payer directement ces services (qui sont fournis par des médecins de la région d'Ottawa). Toutefois, seuls les patients québécois profitent de cette entente, qui ne s'applique pas aux patients ontariens qui vont au Québec. En 2017-2018, le montant total des factures non visées par les ententes de facturation interprovinciale et ayant fait l'objet d'une demande de remboursement par des Ontariens auprès du Régime d'assurance-santé de l'Ontario pour des services médicaux reçus hors province a totalisé 11 millions de dollars, dont 74 % avaient trait à des services médicaux reçus au Québec.

4.3.4 Les Ontariens n'ont aucune protection à l'égard des services médicaux facturés à des taux supérieurs à celui applicable en Ontario

Bien que la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* stipule que les Ontariens ne peuvent se voir imposer des honoraires supérieurs à ceux prévus par le barème des prestations de l'Ontario (c'est-à-dire le montant que le Régime d'assurance-santé de l'Ontario versera à un médecin ontarien pour une procédure médicale donnée) lorsqu'ils reçoivent des services de santé assurés auprès d'un médecin ontarien, cette protection ne s'applique pas lorsque les services de santé sont fournis par un médecin dans une autre province ou dans un territoire. Par conséquent, lorsque des patients ontariens doivent acquitter le coût de services de santé reçus ailleurs au pays, puis obtenir un remboursement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario à leur retour, rien ne garantit qu'ils pourront recouvrer la totalité du montant payé. Cette situation survient habituellement avec des médecins au Québec, mais cela pourrait aussi se produire ailleurs au Canada, car les médecins ont le droit de présenter une facture aux patients directement à l'endroit où les services sont fournis plutôt que de transmettre leur facture au régime provincial d'assurance-santé (qui recouvre ensuite le montant auprès de l'Ontario), conformément à l'entente de facturation interprovinciale en vigueur.

Nous avons examiné les données relatives aux demandes de remboursement et avons trouvé des cas où un médecin d'une autre province a appliqué à un patient ontarien des honoraires supérieurs au taux applicable en Ontario. Ainsi, un médecin albertain a facturé une somme de 166 \$ à un patient ontarien pour des services externes de psychothérapie. Or, le remboursement accordé par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario pour de tels services selon le barème des prestations de l'Ontario n'est que de 80,30 \$. De même, un médecin albertain a soumis des honoraires de 40 \$

à un patient ontarien pour un examen médical approfondi, mais le Régime d'assurance-santé de l'Ontario n'a remboursé que 33,70 \$.

Le Ministère indique sur sa page Web principale portant sur la couverture des services de santé hors province que les Ontariens ont droit à une protection au titre des services médicaux reçus ailleurs au Canada, mais il ne précise pas que le remboursement accordé n'excède pas le taux en vigueur en Ontario lorsqu'un patient paie directement le médecin, puis soumet une demande de remboursement au Ministère. À titre de comparaison, sur leur page Web, le Québec et le Yukon informent leurs résidents que les services médicaux reçus hors province sont remboursables seulement à concurrence du taux provincial ou territorial applicable.

RECOMMANDATION 7

Pour aider à réduire le fardeau financier et administratif assumé par les Ontariens qui ont besoin de services de santé pendant qu'ils sont en voyage ailleurs au Canada, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- travailler de concert avec les autres provinces pour fixer des taux plus uniformes à l'égard des services de santé courants que reçoivent les Canadiens qui voyagent dans d'autres régions du pays et qui ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé* (comme les services d'ambulance);
- examiner les moyens possibles de rationaliser le processus de remboursement pour les Ontariens qui reçoivent des services médicaux au Québec, en l'absence d'entente avec cette province à l'égard des services médicaux;
- mieux communiquer des renseignements aux Ontariens sur la protection dont ils bénéficient à l'égard des services de santé reçus dans une autre province, notamment en affichant bien en évidence l'indication que les services médicaux reçus hors province et facturés au point de service ne

sont remboursés qu'à concurrence du taux applicable en Ontario.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère travaillera de concert avec les autres provinces et les territoires pour examiner le financement pour les services de santé courants que reçoivent les citoyens hors de leur province et qui ne sont pas actuellement couverts par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Le Ministère reconnaît qu'un processus simplifié de remboursement serait avantageux pour les Ontariens qui reçoivent des services médicaux au Québec. Le Ministère cherchera à rendre ce processus plus efficace.

Le Ministère bonifiera ses messages à l'intention des Ontariens sur la couverture interprovinciale des soins de santé.

4.3.5 Le Ministère est en mesure de détecter les erreurs dans les factures soumises par les hôpitaux d'autres provinces et des territoires; mais il peut faire mieux pour détecter les factures inappropriées soumises par des médecins des autres provinces et des territoires

Les systèmes ministériels de facturation interprovinciale des services médicaux et des services hospitaliers permettent aux médecins et aux hôpitaux du reste du pays de facturer le Ministère, par l'entremise de leurs programmes provinciaux d'assurance-santé, pour les services de santé fournis à des Ontariens.

Nous avons constaté que le Ministère a incorporé des mécanismes de contrôle au système de facturation des services hospitaliers afin de détecter les erreurs, par exemple des données manquantes ou non valides dans les demandes de remboursement, les cas d'application erronée des règles et des taux de facturation, ou les demandes de remboursement en double pour des services aux

malades hospitalisés ou externes. Entre 2013-2014 et 2017-2018, le Ministère a traité des demandes de remboursement se chiffrant en moyenne à quelque 100 millions de dollars par année pour des services de santé fournis par des hôpitaux hors province, et il a détecté des erreurs et reçu des rajustements à l'égard d'environ 165 demandes relatives à des malades hospitalisés et 2 700 demandes relatives à des services externes chaque année.

Cependant, le Ministère n'a pas intégré de mécanismes de contrôle similaires dans son système de facturation des services médicaux. Il ne vérifie pas si les sommes versées à titre d'honoraires à des médecins d'autres provinces ont trait à des services fournis à des Ontariens ayant un numéro de carte Santé de l'Ontario valide. Au cours de la période allant de 2013-2014 à 2017-2018, il a traité chaque année des demandes de remboursement de médecins des autres provinces et des territoires se chiffrant en moyenne à 30 millions de dollars environ, et il n'a jamais rejeté une demande. Or, en exécutant une application avec les données sur la santé et les demandes de remboursement hors province, nous avons constaté que le Ministère avait versé de bonne foi des sommes se chiffrant à quelque 43 000 \$ à des médecins d'autres provinces ayant demandé et reçu des paiements à l'égard d'environ 750 demandes où le numéro de carte Santé de l'Ontario indiqué n'était pas valide (période examinée : 2015-2016 et 2017-2018).

RECOMMANDATION 8

Afin de réduire le risque de perte financière pour le programme d'assurance-santé de la province, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit exécuter chaque année une application afin de détecter les anomalies dans les demandes de remboursement, par exemple les services prétendument fournis à des Ontariens ayant un numéro de carte Santé de l'Ontario valide et faisant l'objet d'une demande de remboursement par des médecins des autres provinces et des territoires du Canada.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à la recommandation d'améliorer l'efficacité du traitement des demandes de remboursement de soins médicaux hors province. Le Ministère effectuera une évaluation de faisabilité pour orienter les mesures pouvant être prises à l'appui de l'analyse des sources de données disponibles pour repérer des résultats comportant des anomalies.

4.3.6 Les taux interprovinciaux négociés pour les services hospitaliers à des patients externes ne reflètent pas les coûts réels

Un groupe d'examen des taux constitué par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (se reporter à la **section 2.5.5**) a comme mandat d'examiner, de concevoir et de recommander des méthodologies variées pour calculer les taux de facturation des services de santé interprovinciaux. Ce groupe de travail est composé de représentants de chaque administration provinciale et territoriale. Une fois que le Comité approuve une méthodologie, l'Institut canadien d'information sur la santé calcule les taux, puis les soumet à l'approbation du Comité.

Selon les règles de facturation interprovinciale établies par ce groupe de travail, les hôpitaux ne peuvent facturer qu'un service pour un patient au cours d'une journée donnée (selon le taux le plus élevé parmi les services fournis durant la journée), et ce, peu importe le nombre de services fournis ce jour-là. De ce fait, les hôpitaux qui fournissent de multiples services de santé à des patients externes de l'extérieur de la province doivent renoncer à recouvrer le coût de certains services.

Prenons l'exemple d'un patient qui nécessite des services de laboratoire et qui, le même jour, doit subir une chirurgie ambulatoire : si ce patient est un Ontarien, l'hôpital recevra un montant englobant tous les volets des services fournis. Par contre, si le patient vient d'un autre endroit du pays, l'hôpital ne peut facturer qu'un seul service

par jour (ce sera le service assorti du taux le plus élevé si de multiples services sont facturés le même jour), conformément aux règles de facturation interprovinciale approuvées par le Comité. Un hôpital nous a indiqué qu'il préférerait renoncer à facturer d'autres services fournis à des patients de l'extérieur de la province plutôt que faire revenir ces patients jour après jour, parce qu'il veut éviter autant que possible que les patients soient obligés de se rendre à l'hôpital de façon répétée.

Nous avons déterminé que plusieurs raisons expliquaient pourquoi les taux applicables aux services hospitaliers aux patients externes ne correspondaient pas au coût réel de ces services :

- Contrairement aux taux applicables aux hospitalisations, qui sont fixés au niveau de chaque hôpital, les taux relatifs aux services aux patients externes sont les mêmes à l'échelle du Canada – ils sont établis d'après environ sept millions de dossiers de patients obtenus d'une soixantaine d'hôpitaux situés en Ontario, en Alberta et en Nouvelle-Écosse (ces administrations font partie des provinces et des territoires fournissant le plus de services de santé à des patients venant d'autres régions du Canada). Les dossiers sont classés par catégorie de services aux patients externes, et un taux moyen est calculé pour chaque catégorie. Les taux ainsi obtenus sont ensuite appliqués dans tous les hôpitaux du pays, peu importe le coût réel engagé par chaque hôpital.
- Les services hospitaliers à des patients externes sont classés en 13 catégories. Ces dernières ont été définies dans les années 1980, et elles ont fait l'objet de très peu de modifications depuis. Cependant, les progrès tant médicaux que technologiques font en sorte que certains services qui exigeaient auparavant l'hospitalisation du patient sont désormais des services ambulatoires, mais il faudrait déterminer des taux qui leur soient spécifiques pour donner lieu à

une contrepartie équitable (c'est le cas par exemple de certains types d'arthroplastie).

- Les hôpitaux reçoivent un remboursement de 359 \$ par consultation pour les services de la catégorie des « consultations standard de patients externes », mais cette catégorie comprend des services dont le coût varie beaucoup : certains services sont assortis d'un coût relativement bas, comme le traitement d'un membre disloqué, dont le coût moyen est de 154 \$ par visite, tandis que d'autres coûtent très cher, par exemple 3 276 \$ par visite pour les services de dialyse péritonéale destinés aux patients ayant une maladie du rein (où le sang est purifié à l'intérieur du corps plutôt que dans un dialyseur).
- Les taux interprovinciaux pour les services aux patients externes n'ont pas été mis à jour depuis 2015; ils avaient alors été rajustés en fonction des données sur les coûts par cas.

Préoccupations entourant la couverture interprovinciale des services de santé dans l'attente de décisions du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé

Outre l'examen que mène actuellement le Comité et qui est mentionné à la **section 4.3.1**, nous avons appris que le Comité se penchait encore sur un point soulevé lors du processus de négociation des taux – des membres du Comité ont appris que certains médecins et hôpitaux facturaient en double les mêmes services hospitaliers à des patients externes résidant à l'extérieur de la province, étant donné que la façon dont la rémunération est versée aux médecins varie d'une province et d'un territoire à l'autre.

Le Comité examine ces situations depuis plusieurs années. Bien qu'il soit composé de représentants de chaque province et de chaque territoire, il n'y a pas de critère en vigueur pour choisir les représentants. Cette situation a donné lieu à un manque d'uniformité au chapitre des

domaines de compétence des représentants (par exemple, la politique en matière de santé ou le traitement des demandes de remboursement) ainsi que des pouvoirs décisionnels des représentants, certains devant souvent consulter un supérieur avant qu'une décision puisse être prise.

RECOMMANDATION 9

Pour appuyer les discussions avec les autres provinces et les territoires sur les questions entourant les modalités interprovinciales de couverture des services de santé et pour faire valoir le mieux possible les intérêts de toutes les parties prenantes, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- discuter avec les autres provinces et les territoires représentés au sein du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (le Comité) en vue de mettre à jour les catégories de services aux patients externes et les taux correspondants;
- discuter avec les autres membres provinciaux et territoriaux du mandat du Comité, notamment en ce qui a trait à la tenue d'un examen des compétences et du niveau du poste des représentants siégeant au Comité.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec la vérificatrice générale au sujet des problèmes liés au modèle d'établissement des taux et à la méthodologie. Le Ministère examinera les options pour améliorer la situation, notamment une analyse des gains ou pertes financiers enregistrés par les hôpitaux de l'Ontario qui fournissent des soins de santé aux résidents d'autres provinces.

Le Ministère souscrit à la recommandation de discuter du mandat du Comité. Il incombe à chaque province et territoire de nommer ses représentants et membres du personnel au Comité et de faire en sorte que ces personnes possèdent l'expertise requise.

4.4 Les demandes de remboursement ne sont pas gérées de façon efficiente

Chaque année, le Ministère traite un volume important de demandes de remboursement à l'égard de services de santé hors pays et hors province. La population attend de lui qu'il traite ces demandes de manière exacte et efficiente, et qu'il préserve la confidentialité des données afin de prévenir toute perte ou compromission de renseignements de nature délicate.

Nous avons mené un examen afin de déterminer si le Ministère disposait de processus pour s'assurer que les données des demandes de remboursement sont protégées, et nous avons constaté qu'il avait mis en place des mesures de sécurité à cette fin. Plus précisément, au moment de notre audit, le Ministère mettait en oeuvre un nouveau processus aux fins du transfert des données ayant trait aux demandes de remboursement pour des services de santé reçus hors pays; cette mesure donnait suite à un audit interne effectué en 2016, qui avait révélé que le Ministère ne procédait pas au chiffrement des données transférées entre le service évaluant les demandes et celui procédant au paiement. Nous avons aussi observé que les dossiers papier étaient conservés en lieu sûr dans les trois bureaux de traitement du Ministère – ces dossiers étaient retirés des bureaux du personnel, et les salles de classement étaient verrouillées en dehors des heures de travail. De plus, le Ministère a indiqué avoir préparé des procédures de gestion de l'accès par les utilisateurs et avoir établi un nouveau processus pour mieux s'assurer que seuls les utilisateurs autorisés puissent avoir accès aux systèmes et aux bases de données associés aux demandes de remboursement transmises au Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Nous avons noté également que les employés ministériels stockent les fichiers électroniques sur le serveur, et qu'ils ont des noms d'utilisateur et des mots de passe exclusifs.

Nous avons aussi examiné le processus dont se sert le Ministère pour repérer les fraudes rattachées aux demandes de remboursement. Le Ministère a indiqué que le suivi effectué dans les cas suspects en vue d'obtenir des renseignements complémentaires sur les demandes a généralement entraîné l'abandon de ces demandes par leur auteur.

Nous nous sommes penchés sur la question de savoir si le Ministère traitait les demandes de remboursement de manière exacte et efficiente. Notre conclusion est que le Ministère n'est pas parvenu à tirer tous les avantages découlant de la présentation des demandes de remboursement par voie électronique, ni du processus d'examen de la qualité mis en oeuvre afin d'accroître l'exactitude des demandes.

Nous examinons ces questions en détail dans les sous-sections qui suivent.

4.4.1 Les demandes de remboursement traitées sont principalement présentées sur papier

La plupart des demandes de remboursement relatives à des services de santé hors pays et hors province sont présentées au Ministère sur papier. Or, le traitement de documents papier entraîne un fardeau administratif : le personnel ministériel doit ouvrir les lettres, saisir des données à répétition dans différents systèmes, numériser des documents pour stockage en format électronique, puis entreposer les documents pendant sept ans conformément à la politique de conservation. L'utilisation de documents papier peut aussi entraîner la compromission de renseignements personnels ou leur perte lors de leur acheminement par la poste.

Pour sa part, l'industrie de l'assurance-santé privée accepte la transmission de certaines demandes de remboursement par voie électronique. Selon le personnel ministériel, les demandes présentées par voie électronique exigent beaucoup moins de temps de traitement et de saisie de données.

Nous avons fait les constatations suivantes concernant la persistance de l'utilisation de documents papier :

- Le Ministère exige que les demandes de remboursement présentées directement par les patients soient sur papier. Ces demandes peuvent être reliées à chacun des trois programmes de services de santé hors pays et hors province.
- Dans le cas du programme des services de santé hors province, où les provinces ont recours à une formule de facturation réciproque pour les services de santé offerts aux résidents des autres provinces, six administrations provinciales et territoriales transmettent au Ministère des documents papier au titre des demandes de remboursement de services hospitaliers, et les trois territoires présentent aussi des demandes de remboursement sur papier pour les soins médicaux. Les autres administrations provinciales et territoriales transmettent ces demandes à l'Ontario par voie électronique. Seule la province de Terre-Neuve-et-Labrador autorise les transferts électroniques de fonds; les autres provinces et les territoires demandent tous des paiements par chèque.

En septembre 2017, le Ministère a commencé à prendre des arrangements avec une seule des 30 sociétés d'assurances avec lesquelles il fait affaire (des explications à ce sujet sont fournies à la **section 2.5.3**) en vue de la transmission par voie électronique des demandes de remboursement à l'égard des services de santé reçus hors pays par des voyageurs. En juin 2018, il a offert à d'autres sociétés d'assurances la possibilité de soumettre ces demandes de la même manière, et six d'entre elles prévoyaient commencer à utiliser le nouveau processus à l'automne de 2018.

RECOMMANDATION 10

Pour accroître l'efficacité du processus de traitement des demandes de remboursement, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- élaborer un mécanisme permettant aux patients ainsi qu'aux autres provinces et aux territoires de présenter les demandes de remboursement par voie électronique;
- prendre des arrangements avec l'ensemble des provinces et des territoires afin de permettre les transferts de fonds et la facturation réciproque par voie électronique.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie cette recommandation.

Le Ministère cherche activement à obtenir l'appui des autres ministères et des territoires pour passer à un processus de présentation des demandes de remboursement par voie électronique en Ontario. Le Ministère analysera les options disponibles pour déterminer si la présentation de demandes de remboursement des patients est réalisable.

Le Ministère communiquera avec les provinces et territoires qui reçoivent actuellement les paiements par chèque pour leur demander d'envisager l'inscription à un système de transfert électronique de fonds pour la facturation réciproque.

4.4.2 On ne tire pas tous les avantages possibles de l'examen d'assurance de la qualité portant sur les demandes de remboursement

En octobre 2017, le Ministère a commencé à mettre en oeuvre une initiative d'examen d'assurance de la qualité afin de vérifier que tous les employés affectés au traitement des demandes de remboursement se conforment aux procédures opérationnelles en vigueur. L'objectif de l'initiative

est de repérer les erreurs de traitement et leurs causes, et ainsi de réduire le nombre d'erreurs par la suite. Bien que cette initiative constitue un pas dans la bonne direction, nous avons noté certains points soulevant des préoccupations :

- Les employés ministériels qui effectuent l'examen dans le cadre de l'initiative en question ne se fondent pas systématiquement sur une liste de vérification en bonne et due forme pour l'examen des dossiers, de sorte que l'on ne peut garantir l'uniformité et l'exhaustivité de l'examen.
- Au moment de notre audit, les examinateurs vérifiaient uniquement les demandes de remboursement dans le cadre du programme destiné aux voyageurs hors pays. Le Ministère a dit qu'il prévoyait élargir la portée de l'initiative au programme d'approbation préalable et au programme des services de santé hors province, mais aucun échéancier n'était encore établi à cet égard.
- Bien que les examinateurs aient fourni un résumé des erreurs décelées au cours de l'initiative et nous aient fait savoir que seules quelques-unes de ces erreurs auraient entraîné une modification du montant du paiement (les sommes payées en trop étaient minimes), ils n'ont pas analysé à fond les erreurs ainsi repérées pour déterminer les tendances ou les causes sous-jacentes, ce qui s'inscrit pourtant dans l'objectif même de l'initiative. On rate ainsi une occasion de trouver des moyens de réduire le risque que les mêmes erreurs se produisent de nouveau à l'avenir.

RECOMMANDATION 11

Pour améliorer le traitement des demandes de remboursement dans le cadre des programmes des services de santé hors pays et hors province ainsi que du programme d'approbation préalable, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- s'assurer que le personnel utilise la liste de vérification normalisée aux fins de son initiative d'examen d'assurance de la qualité;
- étendre la portée de l'initiative à tous les programmes de services de santé hors pays et hors province;
- analyser les résultats des examens afin de déterminer des moyens de réduire le risque que des erreurs comme celles décelées se reproduisent à l'avenir.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie la recommandation.

Il élaborera un mécanisme pour surveiller l'utilisation par le personnel de la liste de vérification normalisée lors de l'examen des demandes de remboursement dans le cadre de son initiative d'examen d'assurance de la qualité. Le Ministère examinera également l'information recueillie afin de cerner les possibilités de réduction du nombre d'erreurs récurrentes et dressera un plan, avec des échéances, pour réaliser cette initiative dans tous les programmes de traitement des demandes de remboursement de services hors province et hors pays.

4.5 Les lacunes relatives aux données et aux capacités de production de rapports ont comme effet de limiter l'analyse du rendement des programmes par le Ministère

Nous avons observé que, de façon générale, le Ministère ne mesure pas sur une base périodique les résultats des programmes de services de santé hors pays et hors province et l'efficacité avec laquelle ils atteignent leurs objectifs (qui sont exposés à l'annexe 2), et qu'il ne publie pas non plus de rapport à ce sujet. En outre, le Ministère ne tient pas de données adéquates pour tous ses programmes, et ses systèmes ne peuvent produire de rapports utiles

pour l'aider à surveiller son rendement au chapitre de l'exécution des programmes de services de santé hors pays et hors province. Nous avons relevé les préoccupations suivantes :

- Le Ministère nous a fait savoir qu'il existe une norme de service de 20 jours pour le traitement des demandes de remboursement. Bien que le Ministère fasse le suivi du nombre de jours requis pour le traitement des demandes, il n'analyse pas cette information pour mieux connaître les délais de traitement habituels au niveau des différents programmes ni pour mesurer les délais de traitement réels par rapport à sa norme interne. En raison des capacités limitées de ses systèmes d'information actuels en matière de production de rapports, le Ministère ne peut produire de données sur les délais de traitement ou sur le temps requis pour effectuer les paiements une fois les demandes traitées. De plus, il ne publie pas de rapports sur ses délais de traitement, mais il indique aux auteurs des demandes, sur le formulaire utilisé par ces derniers, que leur demande sera traitée et qu'un paiement sera effectué dans un délai de six à huit semaines.
- Dans le cas du programme destiné aux voyageurs hors pays, le Ministère dispose de données sur le pays où sont situés les fournisseurs de soins de santé, mais il n'extrait pas d'information de son système pour l'analyser afin de déterminer par exemple si certains Ontariens ont fréquemment recours à des services de santé d'urgence de fournisseurs de soins de santé étrangers particuliers.
- L'information provenant des trois systèmes utilisés par le Ministère pour le suivi des demandes et les paiements dans le cadre du programme de services de santé hors province n'est pas suffisamment détaillée, ce qui limite l'efficacité avec laquelle le Ministère peut gérer ce programme. Entre autres, le Ministère ne peut pas déterminer

facilement les questions à propos desquelles les Ontariens doivent être mieux informés – par exemple les situations où le montant facturé aux Ontariens est supérieur au montant remboursable, et les types de demandes qui sont systématiquement rejetées. Également, le Ministère ne peut pas établir aisément quels sont les services que les Ontariens reçoivent fréquemment dans d'autres provinces, pour pouvoir connaître les raisons qui amènent ces derniers à se rendre à l'extérieur de la province pour obtenir ces services.

RECOMMANDATION 12

Afin d'améliorer sa surveillance des programmes de services de santé hors pays et hors province, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- définir des mesures du rendement et chercher une approche pour améliorer ses systèmes informatiques utilisés pour recueillir des données, en faire le suivi et les analyser en vue d'évaluer les programmes;
- faire publiquement rapport sur les résultats.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec la recommandation de la vérificatrice générale et examinera les possibilités d'améliorer ses systèmes informatiques – et les coûts connexes – afin de recueillir de meilleures données et ainsi assurer une meilleure évaluation du programme et des rapports publiés.

4.6 Recours au système hospitalier de l'Ontario par les patients de l'étranger

L'expression « tourisme médical » s'entend des patients qui cherchent à obtenir des soins de santé dans un autre pays parce qu'ils estiment que ces soins sont de meilleure qualité, plus accessibles

et plus abordables que ceux disponibles dans leur propre pays. Des recherches montrent que le tourisme médical peut avoir comme effet un déplacement des soins de santé publics vers des soins privés axés sur les bénéficiaires, et que ce phénomène va à l'encontre du principe de l'équité en matière de santé.

Les hôpitaux ontariens fournissent des services à des patients qui sont principalement des résidents locaux, mais certains de leurs patients peuvent aussi venir de l'étranger.

4.6.1 Le Ministère a déterminé que les services hospitaliers fournis à des patients étrangers soulevaient un problème

Vers le début des années 2010, le Ministère a noté que certains hôpitaux ontariens percevaient des revenus en fournissant des soins de santé à des patients étrangers. En 2012, le sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'époque a envoyé aux hôpitaux ontariens une lettre indiquant que le Ministère s'attendait à ce que les revenus en question soient réinvestis dans les soins de santé destinés aux Ontariens, et que les hôpitaux devaient veiller à ce que les fonds publics soient utilisés de façon responsable.

En 2014, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a fait savoir au Ministère qu'elle avait été informée de cas où des chirurgies que devaient subir des patients ontariens avaient été annulées afin que les médecins puissent traiter des patients étrangers. Cette information a donné lieu à une autre intervention du Ministère. Le ministre de l'époque a envoyé une nouvelle lettre aux hôpitaux ontariens et a émis une déclaration publique contenant un message similaire, soit que les hôpitaux ontariens devaient s'abstenir de commercialiser leurs services, de solliciter des patients internationaux et de traiter ces patients, à l'exception des soins prodigués à des patients internationaux en vertu de leurs contrats de consultation internationale existants, et précisant ce qui suit :

- les hôpitaux ne doivent pas utiliser des fonds publics pour soigner des patients étrangers;
- les revenus tirés des soins à des patients internationaux doivent être réaffectés à des services hospitaliers qui bénéficient aux Ontariens;
- les patients ontariens ne doivent pas être écartés en faveur de patients étrangers.

Au cours de notre audit, nous avons obtenu des données de quatre hôpitaux ontariens fournissant des services à des patients étrangers, par exemple des accouchements complexes, des soins cardiaques, des interventions neurochirurgicales, des greffes et des soins orthopédiques. De ces quatre hôpitaux, deux ont des programmes officiels ayant été créés avant les instructions de 2014, et ils ont donc reçu l'autorisation de maintenir ces programmes. Ils nous ont fait savoir que les programmes en question servent des fins humanitaires et que les arrangements sont en général pris directement avec les administrations publiques étrangères, les assureurs privés, les patients ou leurs familles, ou encore des organismes de bienfaisance qui assument le coût des services. Au total, ces 4 hôpitaux ont fourni des services à 3 123 patients étrangers en 2017-2018 (3 578 en 2016-2017), ce qui a généré des revenus de plus de 9 millions de dollars par année.

Il n'y a pas de cadre provincial pour fournir une orientation concernant la prestation de services hospitaliers à des patients étrangers

Le Ministère n'a jamais mené à terme ses travaux d'élaboration d'un cadre pour fournir une orientation aux hôpitaux concernant les services qu'ils dispensent à des patients étrangers. De ce fait, certains hôpitaux ont établi leurs propres politiques concernant les traitements offerts à des patients étrangers, d'après leur interprétation de la déclaration du ministre. En raison de cette absence de normes et de définitions uniformes, les hôpitaux peuvent interpréter comme ils le veulent les exigences du Ministère, et notamment

fixer leurs propres critères d'admissibilité aux fins de déterminer les cas humanitaires, ce qui peut ultimement avoir un effet sur l'accès des Ontariens aux services hospitaliers.

Lorsque le ministre de l'époque a émis la déclaration en question, en 2014, il a indiqué que le Ministère collaborerait avec les hôpitaux ontariens afin d'élaborer un cadre pour garantir la conformité aux principes énoncés dans la déclaration. Vers la fin de 2014, le Ministère a eu des rencontres avec des représentants des hôpitaux de la province qui fournissent des services à des patients hospitalisés qui viennent de l'étranger pour recevoir ces services en Ontario, et il a préparé une version provisoire de cadre, mais sans jamais achever cette tâche.

Faute de cadre provincial, certains hôpitaux ont élaboré des politiques locales pour orienter leurs activités rattachées à des patients étrangers. Chacun des cinq hôpitaux que nous avons visités a indiqué avoir établi sa propre politique interne régissant le traitement des patients étrangers.

Le ministre précisait dans sa déclaration que les hôpitaux pourraient maintenir les soins financés par des organismes de bienfaisance et les soins humanitaires. Bien que la version provisoire du cadre provincial préparée par le Ministère définisse différentes catégories de situations humanitaires, ce concept était abordé et défini dans la politique interne de seulement deux des cinq hôpitaux visités, et, là encore, les définitions variaient. Les deux hôpitaux tenaient compte d'un même facteur dans leur définition, soit que le patient ne pouvait raisonnablement recevoir des soins dans son pays d'origine, et l'un d'entre eux considérait aussi le fait que le patient ne pouvait, pour des raisons médicales, retourner dans son pays d'origine afin d'y recevoir des soins. Un autre hôpital visité a indiqué que le Ministère devait fournir de meilleures instructions à ce sujet.

Le Ministère et les RLISS ne disposent pas d'information à jour pour confirmer la conformité des hôpitaux aux exigences énoncées par le ministre en 2014

Le Ministère ne recueille pas d'information à jour ou n'analyse pas les données pour vérifier que les hôpitaux se conforment bien à ses exigences ayant trait aux programmes relatifs aux patients étrangers. Cela pourrait inclure par exemple les renseignements suivants :

- les politiques des hôpitaux sur la procédure servant à effectuer le tri, dans le cadre du système ontarien, des services à des patients étrangers qui ont été planifiés préalablement;
- le pays d'origine des patients étrangers recevant des traitements en Ontario;
- les revenus tirés des traitements dispensés à des patients étrangers;
- les déclarations de la direction des hôpitaux indiquant que les exigences ont été respectées (cela a été fait en 2012 seulement, et plus jamais depuis).

La dernière fois que le Ministère a recueilli des renseignements sur ces programmes en ce qui touche les soins planifiés préalablement remonte à un sondage mené en 2014. Selon les résultats de ce sondage, on recensait 461 cas de services de santé à des patients étrangers ayant fait l'objet d'une planification préalable dans 10 hôpitaux en 2013-2014, et 80 % de ces services avaient été fournis par seulement 2 hôpitaux de la province. Ces 461 cas représentaient 8 % de l'ensemble des ressortissants étrangers admis dans des hôpitaux de l'Ontario cette année-là.

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), qui doivent exercer une surveillance des hôpitaux et des autres organismes de soins de santé dont ils assurent le financement, ne confirment pas non plus si les hôpitaux de leur région ont respecté ces exigences.

Aucun des cinq RLISS que nous avons contactés n'a indiqué recueillir des renseignements ou des statistiques sur les services fournis à des patients étrangers par les hôpitaux de leur région. L'un

d'eux nous a indiqué que, peu après l'émission de la déclaration du ministre faisant état des exigences du Ministère, il avait demandé aux hôpitaux de sa région de remplir une déclaration de conformité à l'exigence de ne pas utiliser de fonds publics pour dispenser des soins à des patients étrangers; il n'a cependant pas reformulé cette demande.

4.6.2 En 2016, 75 bébés sont nés de mères non résidentes en Ontario

Le Ministère ne surveille pas les statistiques sur les bébés mis au monde en Ontario par des non-résidentes. Bien que le nombre de ces naissances ne soit pas significatif pour le moment, toute hausse soudaine pourrait avoir une incidence sur les soins aux mères ontariennes.

Depuis 1947, tout bébé né en sol canadien a automatiquement la citoyenneté canadienne, sauf s'il s'agit des enfants de diplomates étrangers. Si certains accouchements au Canada par des mères non-résidentes tiennent à des raisons normales (par exemple, des mères détenant un permis de travail, ou des femmes venant de s'établir dans la province et attendant la fin de la période de trois mois pour devenir admissibles au Régime d'assurance-santé de l'Ontario), il pourrait aussi y avoir des cas de « tourisme obstétrique ». Cette expression fait référence aux femmes enceintes qui viennent délibérément au Canada pour donner naissance à leur enfant afin que celui-ci bénéficie de la citoyenneté canadienne et de tous les droits et avantages qui en découlent. Bien que certains hôpitaux aient déclaré avoir refusé de traiter des femmes qui en sont aux premiers stades de leur grossesse, il demeure que, dans le cas où une ressortissante étrangère enceinte se présente à l'urgence et que le travail est commencé, l'hôpital lui prodiguera les soins requis, comme l'exige l'éthique médicale.

Au total, le nombre d'enfants mis au monde par des mères étrangères ne représente pas un pourcentage significatif des naissances en Ontario. Selon Statistique Canada, sur plus de

383 415 naissances enregistrées au Canada en 2016, seulement 313 avaient été mis au monde par des ressortissantes étrangères. En Ontario la même année, il y a eu 141 925 naissances en tout, et 75 de ces bébés (0,05 %) avaient été mis au monde par des mères dont le lieu de résidence se situait hors du Canada; ce chiffre était proche de la moyenne de 81 naissances en moyenne par année entre 2014 et 2016. À noter que les renseignements sur le lieu de résidence sont autodéclarés et que toutes ces naissances ne s'inscrivent pas dans la définition de tourisme obstétrique. Dans les hôpitaux que nous avons visités au cours de notre audit et qui fournissent des services de maternité, les bébés de mères non résidentes représentaient moins de 1 % des naissances.

Nous avons repéré plusieurs sociétés locales offrant des services à des femmes enceintes de l'étranger qui souhaitent donner naissance à leur enfant en Ontario. Leurs trousseaux de services comprennent par exemple le logement, le transport, une aide administrative et un soutien pour permettre aux mères de contacter des médecins et des spécialistes ontariens, tous ces services étant assortis d'un prix déterminé. L'existence de telles sociétés peut inciter plus de femmes de l'étranger à venir en Ontario. Or, le nombre de ces femmes pourrait atteindre des seuils susceptibles de créer des obstacles à l'accès pour les mères ontariennes. On peut citer à cet égard l'exemple d'un hôpital de la Colombie-Britannique où, selon les médias, le nombre de bébés nés de non-résidentes en 2016-2017 était plus de 20 fois supérieur à celui enregistré en 2010.

RECOMMANDATION 13

Pour aider les hôpitaux de l'Ontario à se conformer aux exigences énoncées par le ministre en 2014, c'est-à-dire ne pas utiliser de fonds publics pour fournir des soins planifiés à des patients étrangers, affecter les revenus tirés des traitements dispensés à des patients étrangers à des services hospitaliers

qui bénéficient aux Ontariens, et ne pas écarter des Ontariens au profit de patients étrangers, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé lorsque cela est approprié, doit :

- réexaminer la version provisoire du cadre afin de définir les principes, les lignes directrices et les attentes au chapitre de la reddition de comptes pour les hôpitaux qui fournissent des services de santé planifiés à des patients étrangers;
- élaborer des mécanismes pour surveiller la conformité des hôpitaux aux exigences du ministre concernant les services de santé à des patients étrangers qui ont fait l'objet d'une planification préalable;
- déterminer et recueillir l'information que doivent déclarer les hôpitaux à propos des services à des patients étrangers;
- recueillir des statistiques sur les accouchements par des non-résidentes en Ontario qui avaient fait l'objet d'arrangements préalables, et en faire le suivi au fil du temps.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère collaborera avec ses partenaires des soins de santé, y compris les hôpitaux et les réseaux locaux d'intégration des soins de santé, pour élaborer un cadre définissant les principes, les lignes directrices et les attentes au chapitre de la reddition des comptes (information déclarée au Ministère et recueillie par celui-ci) pour les hôpitaux qui fournissent des services de santé planifiés à des patients étrangers, à la lumière de l'orientation et des priorités stratégiques du gouvernement. Le cadre comprendra également un mécanisme de surveillance de la conformité des hôpitaux. Le Ministère effectuera également d'autres analyses sur les services d'obstétrique planifiés offerts en Ontario aux patients étrangers.

Annexe 1. Précisions sur la couverture offerte dans le cadre du programme destiné aux voyageurs hors pays, du programme des services de santé hors province et du programme d'approbation préalable

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Programme du Régime d'assurance-santé de l'Ontario	Couverture
Programme destiné aux voyageurs hors pays	<p>Le Ministère accorde un remboursement à l'égard de coûts limités lorsqu'un patient reçoit des services de santé d'urgence pour traiter une maladie ou un autre problème de santé aigu qui survient de façon imprévue pendant un séjour à l'étranger et qui requiert un traitement immédiat. Les taux de remboursement sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services médicaux : le montant facturé par le médecin ou, s'il est moins élevé, le montant des honoraires prévus au barème des honoraires du Régime d'assurance-santé de l'Ontario pour les services médicaux (qui comporte plus de 7 000 codes d'acte). • Services aux patients externes (imagerie, etc.) : le montant facturé par l'hôpital situé à l'étranger, à concurrence de 50 \$ par jour. • Services aux patients hospitalisés (séjour à l'hôpital) : à concurrence de 400 \$ par jour pour les services fournis dans une salle d'opération, une unité de soins intensifs (soins cardiaques, etc.) ou une unité de soins néonataux ou pédiatriques spéciaux, et 200 \$ par jour pour les autres niveaux de soins.

Programme du Régime

d'assurance-santé de l'Ontario

Couverture

Programme des services de santé hors province

Le Ministère couvre les services médicaux et les services hospitaliers assurés (y compris les soins chirurgicaux et dentaires) que les résidents assurés reçoivent dans une autre province ou dans un territoire lors d'une absence temporaire de leur province de résidence, en conformité avec le principe de transférabilité énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé*. Des ententes de facturation interprovinciale distinctes ont été conclues avec chaque administration à l'égard des services médicaux et des services hospitaliers.

Services médicaux : c'est entre 1988 et 1999 qu'ont été conclues les ententes de facturation interprovinciale entre l'Ontario et les territoires ainsi que les autres provinces (à l'exception du Québec, qui n'a conclu aucune entente de facturation des services médicaux avec une autre administration provinciale ou une administration territoriale). Aux termes de ces ententes, le Ministère couvre les services fournis à des Ontariens par des médecins dans une autre province ou dans un territoire, selon l'un ou l'autre des taux suivants :

- le taux applicable dans la province du médecin, si celui-ci facture d'abord le régime d'assurance-santé de sa province, qui facture ensuite le Régime d'assurance-santé de l'Ontario;
- un montant à concurrence du taux prévu par le barème des prestations de l'Ontario, si le médecin facture directement le patient ontarien ou le Régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Services hospitaliers : les ententes de facturation interprovinciale entre l'Ontario et l'ensemble des autres provinces et des territoires ont été mises en oeuvre entre 1981 et 1999. Les taux servant à déterminer le paiement au titre de ces services sont établis par un comité interministériel (comme cela est expliqué à la **section 2.5.5**) :

- Le taux applicable aux services à des patients hospitalisés correspond à un tarif quotidien déterminé au niveau des hôpitaux d'après les données présentées chaque année par des hôpitaux de l'ensemble du Canada. Par exemple, le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, à Ottawa, peut facturer chaque jour 2 068 \$ pour des soins aux patients hospitalisés et 4 617 \$ pour des services dans son unité de soins intensifs à l'intention de patients venant d'une autre province. Pour sa part, le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay peut facturer sur une base quotidienne des frais de 1 197 \$, tandis que le Réseau universitaire de santé peut facturer 1 849 \$ pour les services aux patients hospitalisés et 4 637 \$ pour les services dans son unité de soins intensifs (taux en vigueur au 1^{er} avril 2018).
- Les services aux patients externes sont classés dans de multiples catégories. Le taux applicable à chaque catégorie correspond au coût moyen des services en question dans 60 hôpitaux canadiens en 2015. Par exemple, le taux interprovincial en vigueur dans l'ensemble des hôpitaux du Canada se chiffre à 749 \$ pour un examen par IRM, et à 359 \$ pour une consultation au service d'urgence (taux en vigueur au 1^{er} avril 2018).
- Des taux distincts sont fixés pour certaines procédures dont le coût est très élevé, par exemple les greffes d'organes pleins et de moelle osseuse/cellules souches. À titre d'exemple, tous les hôpitaux canadiens peuvent facturer à l'administration où réside le patient (indépendamment de la durée du séjour de ce dernier) 141 582 \$ pour une greffe du foie et jusqu'à 192 678 \$ pour une hospitalisation d'une durée pouvant aller jusqu'à 25 jours aux fins de greffes de moelle osseuse/cellules souches à certains patients pédiatriques (taux en vigueur au 1^{er} avril 2018).

**Programme du Régime
d'assurance-santé de l'Ontario**
Couverture

Programme d'approbation préalable
(services de santé hors pays et hors province)

Ce programme couvre les coûts approuvés par le Ministère avant que les soins soient dispensés, puis facturés par un établissement situé ailleurs au Canada ou à l'étranger, ce qui inclut les établissements ayant conclu une entente de fournisseur privilégié avec le Ministère. Dans ce dernier cas, le fournisseur privilégié présente au Ministère une facture comportant les taux préétablis pour les services médicaux particuliers qui sont fournis, conformément à l'entente conclue. S'il existe une entente avec un fournisseur privilégié et qu'elle englobe le service approuvé, le patient doit obtenir le service du fournisseur privilégié.

Le Ministère se fonde sur les critères suivants pour déterminer s'il doit approuver les services de santé devant être fournis à l'extérieur de la province :

- il ne s'agit pas d'un traitement expérimental ni d'un traitement fourni à des fins de recherche;
- le service est généralement reconnu en Ontario comme étant approprié pour une personne dont l'état de santé est le même que celui de la personne assurée;
- le service n'est pas offert en Ontario au moyen d'une procédure identique ou équivalente, ou il est offert en Ontario, mais la personne assurée doit le recevoir à l'extérieur du pays pour prévenir un retard risquant d'entraîner la mort ou des lésions tissulaires médicalement importantes et irréversibles*;
- un spécialiste compétent de l'Ontario a fourni une confirmation écrite*;
- une approbation écrite du Ministère a été reçue préalablement à l'obtention du service (sauf en situation d'urgence)*.

De plus, le service devant être fourni à l'étranger et faisant l'objet d'une demande aux termes du programme d'approbation préalable ne doit pas :

- faciliter le resquillage;
- donner accès à des services spécialisés à l'étranger lorsque l'on dispose des compétences appropriées en Ontario;
- donner accès à un traitement à l'étranger lorsqu'un traitement approprié peut être obtenu en Ontario (selon l'opinion du médecin traitant du patient);
- donner accès à des services de santé qui ne sont pas conformes aux normes de soins de l'Ontario;
- donner accès à des technologies ou à des services nouveaux ou émergents dont on n'a pas encore établi scientifiquement l'efficacité, la sécurité ou la nécessité (par exemple l'électroporation irréversible [NanoKnife] à titre de traitement contre le cancer n'est pas conforme aux normes de soins en Ontario, mais est reconnue en Europe; dès lors, au moment où nous avons mené notre audit, le Régime d'assurance-santé de l'Ontario n'accordait pas d'approbation préalable pour l'obtention de ce traitement à l'étranger).

Exemples de services ayant fait l'objet d'une approbation préalable par le Ministère :

Hors pays : traitements contre le cancer, interventions vasculaires, rhizotomies dorsales sélectives (pour les enfants atteints de paralysie cérébrale), chirurgies de réassignation sexuelle.

Hors province : réductions mammaires, chirurgies au dos, soins dentaires urgents.

* Ces critères ne s'appliquent pas dans le cadre du programme d'approbation préalable des services de santé hors province.

Annexe 2. Objectifs des programmes de services de santé hors pays et hors province, et objectifs provinciaux et fédéraux connexes en matière de soins de santé

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Objectifs des trois programmes de services de santé hors pays et hors programme du Régime d'assurance-santé de l'Ontario

- Programme destiné aux voyageurs hors pays : accorder un remboursement limité aux voyageurs devant recevoir d'urgence des services de santé lorsqu'ils se trouvent à l'étranger.
- Programme de services de santé hors province : couvrir les services de santé assurés que reçoivent des Canadiens admissibles lorsqu'ils se trouvent provisoirement à l'extérieur de leur province ou de leur territoire de résidence, conformément au principe de transférabilité énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé* (un sommaire est présenté à la section suivante).
- Programme d'approbation préalable : financer intégralement les services de santé médicalement nécessaires que des Ontariens reçoivent à l'extérieur de la province lorsque ces services ne sont pas disponibles en Ontario ou lorsque le fait de les recevoir dans la province entraînerait un retard aux conséquences significatives sur le plan médical.

Les quatre grands objectifs du plan d'action de l'Ontario en vue d'améliorer son système de santé¹

- **Accès** : améliorer l'accès – en fournissant un accès plus rapide aux bons soins.
- **Contact** : faire le contact avec les services – en prodiguant des soins mieux coordonnés et intégrés dans la collectivité, près du domicile des patients.
- **Information** : soutenir les gens et les patients – en offrant l'éducation, l'information et la transparence dont ils ont besoin pour prendre les bonnes décisions concernant leur santé.
- **Protection** : protéger notre système de santé public universel – en prenant des décisions fondées sur la valeur et la qualité, afin de veiller à la viabilité du système pour les générations à venir.

Politique canadienne de la santé²

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

Le régime d'assurance-santé de chaque province doit respecter les cinq critères suivants :

- **Gestion publique** : le régime doit être géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province.
- **Intégralité** : tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes doivent être assurés, et également, lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

1. Conformément à *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé* (2015) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
2. Conformément à la *Loi canadienne sur la santé*.

- **Universalité** : 100 % des assurés de la province doivent avoir droit aux services de santé assurés prévus par le régime, selon des modalités uniformes.
- **Transférabilité** : le régime doit assurer le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province : (1) 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; (2) s'ils sont fournis à l'étranger, selon le montant qu'aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s'il s'agit de services hospitaliers, de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles. Le régime ne doit pas imposer 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; et il doit couvrir les services de santé destinés à des personnes qui ne sont plus assurées du fait qu'elles ont déménagé dans une autre province ou dans un territoire jusqu'à la fin du délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d'assurance-santé de cette province ou de ce territoire.
- **Accessibilité** : le régime doit offrir les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne doit pas faire obstacle à un accès satisfaisant à ces services. Il doit prévoir une rémunération raisonnable de tous les services de santé fournis par les médecins et les dentistes (notamment pour les chirurgies dentaires effectuées dans les hôpitaux), et il doit aussi prévoir le versement de paiements aux hôpitaux à l'égard du coût des services de santé assurés.

Annexe 3. Critères d'audit

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

1. Les programmes sont conformes aux lois et aux règlements fédéraux et provinciaux applicables.
2. Les décisions reposent sur des normes uniformes et clairement définies, ce qui englobe les lignes directrices des programmes, les exigences contractuelles et les conseils des spécialistes.
3. On procède périodiquement à des travaux de recherche et à des analyses afin de trouver des moyens plus économiques de gérer les programmes, notamment en ce qui touche les domaines où il faut se doter de capacités nouvelles ou accroître les capacités existantes en Ontario.
4. Les taux en vigueur pour les services faisant l'objet d'un remboursement aux termes du programme de services de santé hors province et du programme destiné aux voyageurs hors pays sont équitables, sont établis selon une méthode reposant sur des données probantes et sont examinés périodiquement.
5. L'information sur les programmes est communiquée de façon claire et efficace aux groupes de parties prenantes, aux médecins et aux patients.
6. Des paiements exacts sont effectués rapidement aux bénéficiaires admissibles de services admissibles, en conformité avec les exigences législatives, réglementaires et contractuelles applicables.
7. On dispose de renseignements actuels, exacts et complets pour étayer la prise de décisions, la planification des programmes et la production de rapports à l'intention du public. Des processus sont mis en application pour préserver la confidentialité des données dans le contexte du traitement des remboursements dans le cadre des programmes.
8. Des mesures et des cibles de rendement sont établies, font l'objet d'un suivi et sont comparées aux résultats réels afin d'obtenir les résultats escomptés et de prendre des mesures correctives en temps utile lorsque des problèmes sont décelés.
9. Des processus sont prévus pour surveiller la conformité des hôpitaux aux exigences et aux directives du Ministère concernant les services fournis à des patients de l'étranger.

Annexe 4. Groupes d'experts et conseillers à l'appui du programme d'approbation préalable

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Organisation	Composition	Domaine de compétence
Action Cancer Ontario (ACO)	<p>Il existe trois comités permanents de spécialistes qui évaluent les demandes d'approbation préalable ayant trait aux traitements suivants : greffes de cellules souches, immunothérapie par lymphocytes T à récepteur antigénique chimérique, et protonthérapie.</p> <p>Chaque comité permanent est composé de trois spécialistes examinant chaque demande.</p> <p>Pour tous les autres traitements contre le cancer, ACO compte sur un réseau de 128 professionnels qu'il peut consulter.</p>	<p>ACO aide à évaluer les cas de cancer complexes exigeant un traitement dans un autre pays. La plupart des décisions ont trait aux trois catégories de traitement suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les greffes de cellules souches, pour remplacer les cellules endommagées par des maladies ou des problèmes de santé variés. • L'immunothérapie par lymphocytes T à récepteur antigénique chimérique, pour modifier les cellules immunitaires afin qu'elles puissent reconnaître et attaquer les cellules cancéreuses. • La protonthérapie, où l'on traite le cancer en utilisant des faisceaux de protons, ce qui a moins d'effets secondaires à long terme que le traitement classique par faisceaux de photons.
Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM)	<p>Le Centre compte sur un certain nombre de psychiatres pour évaluer individuellement les dossiers.</p>	<p>Des spécialistes des soins de santé mentale évaluent les demandes relatives à des services de santé mentale hors pays.</p> <p>Le CTSM présente au Ministère des rapports faisant état d'opinions professionnelles sur des sujets comme les troubles obsessionnels-compulsifs.</p>
Comité consultatif sur les services pédiatriques spécialisés	<p>Ce comité est composé de cinq membres appartenant au personnel de cinq hôpitaux pédiatriques ontariens.</p>	<p>Le comité fournit des conseils sur des services de santé pédiatrique spécialisés dans le cas de demandes de traitement à l'étranger destinés à des patients âgés de moins de 18 ans.</p>
Groupe d'experts sur les troubles de l'alimentation	<p>Ce groupe est composé de trois spécialistes (travaillant dans deux hôpitaux ontariens ainsi qu'à l'Université de Toronto), qui collaborent afin d'étudier chaque cas.</p>	<p>Chaque cas est envoyé de façon séparée aux trois spécialistes, qui effectuent une évaluation indépendante de patients atteints d'un trouble de l'alimentation, puis collaborent entre eux avant de faire rapport au Ministère.</p> <p>Il n'existe pas d'entente formelle avec ce groupe d'experts pour le moment, mais le Ministère prévoit conclure des ententes avec les deux hôpitaux ontariens et avec l'Université de Toronto concernant l'évaluation des cas.</p>