

L'accessibilité est définie au paragraphe 12(1) de la Loi:

La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé:

- a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;
- b) prévoit la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou un autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;
- c) prévoit une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;
- d) prévoit le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpitaux que possède ou gère le Canada, à l'égard du coût des services de santé assurés.

La définition de l'accessibilité au paragraphe 12(1) se limite à la suppression des obstacles financiers. L'article 3 porte sur les obstacles d'ordre financier «ou autre» sans définir ces «obstacles d'un autre ordre». Bien que le Comité reconnaisse l'importance d'éliminer les obstacles financiers, cela ne touche qu'un des aspects et ainsi, limite nécessairement le contrôle général de l'accessibilité à cette seule dimension.

Voici ce que disait le D^r Horne:

En général, on considère que le principe d'accès raisonnable porte essentiellement sur les conditions financières et non sur les difficultés géographiques ou autres d'accès aux soins de santé.⁹⁶

Le professeur Angus a déclaré ceci:

Je ne pense pas que qui que ce soit ait défini l'«accès satisfaisant». Sans avoir une idée de ce que cela signifie, il est très difficile d'exercer un contrôle, d'appliquer des règlements ou d'assurer un suivi dans un domaine où l'on ne respecte pas la notion d'accès satisfaisant ... Je pense que c'est l'une des raisons pour lesquelles il est difficile de contrôler efficacement l'application de la Loi canadienne sur la santé.⁹⁷

Le contrôle des conditions d'application de la Loi est exercé de diverses manières par la Direction de l'assurance-santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social qui, conformément à l'article 23 de la Loi fait rapport au Parlement:

Au plus tard le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les 15 jours de séance de celle-ci suivant son achèvement.

Ce sommaire des rapports des provinces qui est présenté chaque année au Parlement a pour titre: Loi canadienne sur la santé — Rapport annuel.

La Direction de l'assurance-santé contrôle la surfacturation et les pratiques en matière de frais exigés des usagers, examine les mesures législatives provinciales pour s'assurer que les règlements provinciaux répondent aux critères du programme, reçoit les rapports annuels des régimes provinciaux d'assurance-maladie et des commissions des hôpitaux et surveille les médias