

Chapitre 5

Ministères de la Santé et du Mieux-être et des Services familiaux et communautaires Plan de médicaments sur ordonnance

Contenu

Contexte	101
Étendue	102
Résumé des résultats	103
Le processus d'inscription au Plan F	103
Conditions d'admissibilité	104
Respect des conditions d'admissibilité	109
Inscription et retrait rapides	115
Établissement de directives et de procédures	118
Surveillance du respect des directives et des procédures	121
Sensibilisation du public et service du groupe cible	124

Ministères de la Santé et du Mieux-être et des Services familiaux et communautaires

Plan de médicaments sur ordonnance

Contexte

5.1 Le Plan de médicaments sur ordonnance (PMO) est l'un des nombreux services de soins de santé fournis par le gouvernement du Nouveau-Brunswick. Le PMO a été établi en 1976 dans le but d'améliorer et de maintenir le bien-être des gens du Nouveau-Brunswick en fournissant à certains groupes les médicaments inscrits au régime.

5.2 Les personnes visées par le programme sont des « bénéficiaires »; il s'agit de personnes qui ont le moins les moyens de payer le coût élevé des médicaments sur ordonnance ou qui ont un problème de santé particulier. Les bénéficiaires du régime sont des personnes âgées à revenu limité, des personnes qui ont besoin d'une aide financière, les résidents de foyers de soins, les enfants pris en charge et les personnes atteintes de fibrose kystique, de sida, de sclérose en plaques ou inscrites comme receveurs d'organe. Le régime consiste en plusieurs « plans », chacun élaboré de façon à satisfaire aux besoins des groupes de bénéficiaires. Chaque plan comporte différentes conditions d'admissibilité et offre des prestations pharmaceutiques différentes. Environ 15 % de la population est bénéficiaire du régime; les deux plans les plus importants sont le plan pour les citoyens âgés et le plan pour les personnes qui ont besoin d'une aide financière.

5.3 Service Croix Bleue de l'Atlantique (la Croix Bleue) administre le régime pour le ministère de la Santé et du Mieux-être. La société s'occupe de la prestation du régime. De plus, 10 membres du personnel du bureau central du ministère de la Santé et du Mieux-être sont affectés au régime (directeur, pharmaciens, médecins et soutien du programme). Le ministère est chargé de la gestion du régime, soit les décisions à prendre

concernant les médicaments à inclure, la surveillance quotidienne, les mesures législatives, etc. Dans le cadre du régime, environ 1 400 médecins prescrivent des médicaments et 165 pharmacies délivrent des médicaments.

5.4 Notre bureau s'intéresse aux services de soins de santé fournis par le gouvernement provincial. Par le passé, nous avons effectué des projets de vérification portant sur les services d'ambulance, l'hôpital extra-mural et la gouverne dans les corporations hospitalières. Nous estimons que le Plan de médicaments sur ordonnance est important parce qu'il aide des personnes à obtenir les médicaments dont elles ont besoin pour prévenir l'inconfort, la maladie ou même la mort. De plus, son potentiel d'optimisation des ressources est considérable; en effet, fournir des médicaments et maîtriser un problème de santé peut prévenir l'apparition de problèmes de santé plus graves dont le traitement coûte plus cher.

Étendue

5.5 Bien que le Plan de médicaments sur ordonnance soit composé de plusieurs plans, la présente vérification traite uniquement du Plan F – Groupe des bénéficiaires de Services familiaux et communautaires. Le Plan F fournit des prestations pharmaceutiques aux personnes qui reçoivent de l'aide au revenu et aux personnes dont les frais de médicaments dépassent leur capacité de payer. Tandis que le Plan de médicaments sur ordonnance est la responsabilité du ministère de la Santé et du Mieux-être (SME), l'admissibilité à une aide financière pour l'achat de médicaments en vertu du Plan F (le plan) est la responsabilité du ministère des Services familiaux et communautaires (SFC). Pour l'exercice terminé le 31 mars 2001, environ 23 millions ont été consacrés au Plan F, sur des dépenses totales de 77 millions pour le régime. Au cours de l'exercice, plus de 58 000 personnes avaient une carte d'assistance médicale leur donnant droit à des prestations pharmaceutiques en vertu du Plan F.

5.6 L'objectif de la vérification était de déterminer si le ministère de la Santé et du Mieux-être et le ministère des Services familiaux et communautaires ont en place des mécanismes et des méthodes appropriés au sein du Plan de médicaments sur ordonnance pour faire en sorte que :

- le programme est offert à chaque personne admissible à des avantages en vertu du Plan F, et
- le Plan F fournit des services uniquement aux personnes qui y sont admissibles.

5.7 Comme le montre l'objectif, la vérification traite de la disponibilité du plan et de l'admissibilité à ses avantages. L'usage des cartes d'assistance médicale délivrées n'était pas compris dans l'étendue de la vérification.

Résumé des résultats

5.8 Le ministère de la Santé et du Mieux-être et le ministère des Services familiaux et communautaires ont en place des mécanismes et des méthodes utiles pour offrir le Plan de médicaments sur

ordonnance aux personnes qui sont admissibles à des avantages en vertu du Plan F. Cependant, les mécanismes et les méthodes actuels ne suffisent pas pour faire en sorte que chaque personne admissible à des prestations du Plan F se voie offrir le régime et que le plan fournisse des services uniquement aux personnes qui y sont admissibles. Il y a des situations pour lesquelles des services sont offerts, mais on n'y a pas recours. Il y a aussi des cas où des services sont fournis à des personnes qui n'y sont pas admissibles.

5.9 À notre avis, bon nombre des problèmes que nous avons cernés découlent d'une coordination et d'une communication déficientes entre le ministère de la Santé et du Mieux-être et le ministère des Services familiaux et communautaires. Les deux ministères interviennent directement dans la prestation du Plan F, mais il y a très peu de contacts officiels entre les deux; il n'y a pas d'entente écrite énonçant leurs rôles et leurs responsabilités, et il n'y a pas de comité de travail ni de réunions à intervalles réguliers pour cerner et résoudre les problèmes.

5.10 Nous estimons que le ministère de la Santé et du Mieux-être et le ministère des Services familiaux et communautaires devraient travailler ensemble pour apporter des améliorations à la prestation du Plan F.

Le processus d'inscription au Plan F

5.11 L'établissement de l'admissibilité à une aide financière pour l'achat de médicaments en vertu du Plan F du PMO est la responsabilité du ministère des Services familiaux et communautaires. SFC aide de plusieurs façons les personnes qui n'ont pas les moyens d'acheter leurs médicaments. Le ministère peut délivrer une « carte d'assistance médicale » qui donne droit à des prestations pharmaceutiques aux personnes dont l'admissibilité a été établie. SFC peut fournir une aide financière aux personnes admissibles qui souscrivent à un régime privé d'assurance médicale, mais qui n'ont pas les moyens de payer les frais de participation (le montant payé pour obtenir la prescription). Le ministère peut aussi fournir une aide financière aux personnes admissibles qui souscrivent à un régime privé d'assurance médicale, mais qui n'ont pas les moyens de payer les primes d'assurance mensuelles (le coût d'achat de l'assurance).

5.12 SFC et le PMO sont tous les deux soumis au principe selon lequel la province est le payeur de dernier recours. Les personnes sont admissibles à une carte d'assistance médicale seulement si elles n'ont accès à aucun autre régime d'assurance médicale. Le Plan F dessert quatre groupes de bénéficiaires d'une carte d'assistance médicale.

1. Les clients de l'aide financière de base qui sont admissibles à une carte d'assistance médicale parce qu'ils reçoivent chaque mois de l'aide au revenu.
2. Les clients détenteurs d'une carte d'assistance médicale seulement

qui sont admissibles en raison des coûts de leurs médicaments et de leur situation financière.

3. Les clients détenteurs d'une carte d'assistance médicale étendue qui sont admissibles durant une période de transition quand ils quittent les rangs de l'aide au revenu pour occuper un emploi.
4. Les clients qui sont admissibles à une carte d'assistance médicale en vertu de l'alinéa 4(2)(b) du règlement afférent à la Loi sur la sécurité du revenu familial parce qu'ils reçoivent une aide financière mensuelle pour couvrir des dépenses particulières.

5.13 Les requérants communiquent avec leur bureau local de SFC pour savoir s'ils sont admissibles à une aide financière ou à une carte d'assistance médicale. Les préposés à la préinscription et les spécialistes de l'évaluation des besoins sont des travailleurs de SFC qui s'entretiennent avec les requérants pour obtenir les renseignements qui servent à déterminer l'admissibilité de la personne. Le système NB Cas est un système automatisé de gestion de cas élaboré par Andersen Consulting et SFC au milieu des années 1990 et que SFC utilise maintenant pour déterminer l'admissibilité. S'il est déterminé que la personne est admissible, alors une carte d'assistance médicale lui est envoyée par la poste dès le lendemain, et la Division du PMO l'inscrit comme bénéficiaire.

5.14 Lorsque la personne a besoin d'un médicament sur ordonnance, elle présente sa carte d'assistance médicale au pharmacien. À l'aide du système informatique, le pharmacien vérifie l'assurance-médicaments de la personne auprès de la Croix Bleue et envoie une demande de remboursement électronique pour le médicament. La personne verse des frais de participation de 4 \$ par ordonnance pour les adultes, et de 2 \$ par ordonnance pour les enfants.

5.15 Nos trois premiers critères de vérification ont trait au processus d'inscription des clients admissibles au Plan F. Ces critères visent les conditions d'admissibilité au plan, la conformité du processus d'inscription aux conditions d'admissibilité et la rapidité avec laquelle les personnes admissibles sont inscrites et les personnes qui ne sont plus admissibles sont retirées.

Conditions d'admissibilité

5.16 Notre premier critère est le suivant :

Il devrait y avoir des conditions clairement énoncées d'admissibilité au plan.

5.17 Pour déterminer s'il est satisfait au critère, nous avons examiné les conditions d'admissibilité de chacun des quatre groupes de bénéficiaires d'une carte d'assistance médicale.

Clients de l'aide financière de base

5.18 Les clients de l'aide financière de base sont admissibles à une carte d'assistance médicale parce qu'ils reçoivent chaque mois de l'aide

au revenu. Chaque client de l'aide financière de base est admissible à une carte d'assistance médicale s'il n'a pas accès à un autre régime. La directive énumère les exceptions : les autochtones, les étudiants de niveau postsecondaire et toute personne qui a accès à un autre régime. Les conditions d'admissibilité à l'aide financière de base sont établies dans la *Loi sur la sécurité du revenu familial*. L'admissibilité est déterminée au moyen d'une évaluation financière.

5.19 Les conditions d'admissibilité de ce groupe de bénéficiaires d'une carte d'assistance médicale sont claires.

Clients détenteurs d'une carte d'assistance médicale seulement

5.20 Une carte d'assistance médicale est délivrée aux personnes qui font une demande et qui sont déterminées admissibles en raison des coûts de leurs médicaments et de leur situation financière. Cette carte d'assistance médicale est remise en vertu du paragraphe 4(4) du règlement afférent à la *Loi sur la sécurité du revenu familial*. L'intention du paragraphe 4(4) est de fournir une aide dans des situations d'urgence; il permet de déterminer l'admissibilité sans imposer la formule d'évaluation financière uniforme.

5.21 L'admissibilité est déterminée au moyen d'une évaluation financière. Une certaine discrétion est accordée pour décider des dépenses et des montants qui sont pris en considération dans l'évaluation financière. Les directives et les procédures du système NB Cas fournissent des lignes directrices qui aident à décider des dépenses et, dans certains cas, des montants dont il sera tenu compte.

5.22 Les conditions d'admissibilité des clients détenteurs d'une carte d'assistance médicale seulement ne sont pas claires. Les mesures législatives donnent clairement au ministre l'autorisation d'émettre les cartes d'assistance médicale et l'autorisation d'user de la discrétion dans la détermination de l'admissibilité. Bien que les directives et les méthodes offrent effectivement des conseils pour déterminer l'admissibilité, elles ne sont pas suffisamment détaillées pour clairement établir les conditions d'admissibilité.

Clients détenteurs d'une carte d'assistance médicale étendue

5.23 La carte d'assistance médicale étendue sert à aider les gens durant la période de transition quand elles quittent les rangs de l'aide au revenu pour suivre une formation ou occuper un emploi. Comme dans le cas de la carte d'assistance médicale seulement, cette carte d'assistance médicale est remise en vertu du paragraphe 4(4) du règlement afférent à la *Loi sur la sécurité du revenu familial*, qui permet de déterminer l'admissibilité sans imposer la formule d'évaluation financière uniforme.

5.24 Les conditions d'admissibilité à la carte d'assistance médicale étendue sont énoncées dans une directive, selon laquelle « La perte de la carte d'assistance médicale est [une barrière importante] à surmonter lors d'une décision de retourner sur le marché du travail ou en formation. Une

Carte d'assistance médicale peut donc être délivrée pendant cette période de transition. »

5.25 Les conditions d'admissibilité à la carte d'assistance médicale étendue sont claires.

Clients visés par l'alinéa 4(2)(b)

5.26 Les clients visés par l'alinéa 4(2)(b) sont admissibles à une aide financière directe en vertu de l'alinéa 4(2)(b) du règlement en raison de leur situation financière et parce qu'ils ont des dépenses particulières, telles que formation, garde d'enfant, fournitures médicales ou frais de transport. Une fois que le requérant est admissible à une aide financière à titre de client visé par l'alinéa 4(2)(b), il est alors aussi admissible à une carte d'assistance médicale. La directive précise que les clients visés par l'alinéa 4(2)(b) sont admissibles au même niveau de protection que les clients de l'aide financière de base pour ce qui est de la carte d'assistance médicale. Donc, chaque personne qui reçoit une aide financière en vertu de l'alinéa 4(2)(b) a droit à une carte d'assistance médicale, pourvu qu'elle n'ait pas accès à un autre régime d'assurance médicale.

5.27 L'intention de l'alinéa 4(2)(b) est de fournir une aide financière pour payer des dépenses particulières. Comme dans le cas du paragraphe 4(4), il permet de déterminer l'admissibilité sans imposer la formule d'évaluation financière uniforme, et une certaine discrétion est allouée. La formule d'évaluation financière utilisée pour déterminer l'admissibilité est compliquée; le système NB Cas facilite cette évaluation.

5.28 Les conditions d'admissibilité de ce groupe de bénéficiaires d'une carte d'assistance médicale sont claires, mais quelque peu compliquées.

Les conditions d'admissibilité sont différentes pour chaque groupe de bénéficiaires d'une carte d'assistance médicale

5.29 Dans trois des quatre situations dans lesquelles une carte d'assistance médicale est délivrée, les conditions d'admissibilité comprennent une évaluation financière. Les conditions d'admissibilité à la carte d'assistance médicale étendue ne prévoient pas une évaluation financière.

5.30 Dans chacune des trois situations dans lesquelles les conditions d'admissibilité à une carte d'assistance médicale prévoient une évaluation financière, cette évaluation est différente.

- Pour les requérants de l'aide financière de base, l'évaluation financière porte uniquement sur le revenu et les biens; les dépenses ne sont pas prises en considération. Certains types de revenus sont exemptés, par exemple un salaire jusqu'à concurrence de 200 \$ par mois, le crédit d'impôt pour enfant remboursable et le crédit fédéral de taxe sur les ventes remboursable. Certains biens sont exemptés, dont les avoirs liquides jusqu'à concurrence de 2 000 \$.
- Pour les requérants de la carte d'assistance médicale seulement, l'évaluation financière porte sur le revenu, les biens et les dépenses. Les dépenses sont examinées de près, et seules les dépenses qui ont

trait aux besoins de base sont prises en considération. Il est tenu compte de tous les types de revenus, y compris les revenus exemptés dans le cas d'une demande d'aide financière de base. Les biens pris en considération comprennent les avoirs liquides de 2 000 \$, qui sont exemptés de l'examen des demandes d'aide financière de base. Cette évaluation financière est plus restrictive, puisqu'elle n'accorde pas les mêmes exemptions qu'aux requérants de l'aide financière de base.

- Pour ce qui est des requérants visés par l'alinéa 4(2)(b), l'évaluation financière porte sur le revenu, les biens et les dépenses. Cependant, seules certaines dépenses sont prises en considération. L'évaluation comprend tous les types de revenu; puis, le revenu total est comparé au taux de l'aide financière de base.

5.31 Tout en reconnaissant que les besoins uniques des différents groupes de clients nécessitent la personnalisation des conditions d'admissibilité, le recours à des évaluations financières différentes pour la même carte d'assistance médicale pourrait donner lieu à une prestation inéquitable du programme. Par exemple, comme les évaluations financières sont différentes, il est possible que la carte d'assistance médicale soit refusée à une personne employée dont le revenu est égal ou même inférieur à une personne qui reçoit une aide financière de base. La personne qui reçoit une aide financière de base a automatiquement droit à la carte d'assistance médicale, ce qui pourrait s'avérer injuste pour les travailleurs à faible revenu.

Certains employés ne savent pas que les clients visés par l'alinéa 4(2)(b) sont admissibles à une carte d'assistance médicale

5.32 Nous avons vu plusieurs dossiers de clients dans lesquels les notes de cas montrent clairement que l'employé ne savait pas que les clients visés par l'alinéa 4(2)(b) sont admissibles à une carte d'assistance médicale. Nous avons aussi vu un cas où les notes consignées par plusieurs employés différents montrent qu'ils ne comprenaient pas clairement les directives relatives à la carte d'assistance médicale seulement et à l'alinéa 4(2)(b).

Certains employés font mal la distinction entre les conditions d'admissibilité de deux groupes de bénéficiaires d'une carte d'assistance médicale

5.33 Certains employés comprennent mal quand effectuer une évaluation en rapport avec une carte d'assistance médicale seulement ou quand effectuer une évaluation en rapport avec l'alinéa 4(2)(b). Les évaluations étant différentes, cette confusion entraîne le risque que des personnes admissibles à une aide soient jugées non admissibles.

5.34 Notre contrôle par sondages du système NB Cas portant sur les bénéficiaires d'une carte d'assistance médicale a révélé plusieurs cas où l'on avait effectué la mauvaise évaluation; une évaluation « carte d'assistance médicale seulement » a été réalisée, alors que la situation demandait une évaluation « alinéa 4(2)(b) ». C'est important, car les évaluations financières sont différentes, et les avantages et services sont différents. Le problème est fréquent parmi les requérants dont les frais médicaux sont élevés parce qu'ils doivent se procurer des fournitures pour diabétique. Nous avons noté plusieurs cas où, à la suite d'une évaluation « carte d'assistance médicale seulement », une carte d'assistance médicale

a été délivrée. Or, ce n'est pas le bon service pour ce groupe de clients. Les fournitures pour diabétique ne sont pas comprises dans les avantages du Plan de médicaments sur ordonnance; la carte d'assistance médicale permettra à la personne d'obtenir de l'insuline, mais non les fournitures pour diabétique. Pour ces personnes, c'est l'évaluation en rapport avec l'alinéa 4(2)(b) qui doit être effectuée. Si l'admissibilité est établie, la personne obtiendra une aide financière pour l'achat des fournitures pour diabétique en plus de pouvoir se procurer de l'insuline au moyen de la carte d'assistance médicale.

Conclusion

5.35 Il est partiellement satisfait au critère.

5.36 Les conditions d'admissibilité du Plan F sont énoncées dans des mesures législatives, des directives et des méthodes. Dans le cadre du plan, quatre groupes de clients peuvent obtenir une carte d'assistance médicale. Nous avons constaté que les conditions d'admissibilité de trois des quatre groupes sont clairement énoncées. Toutefois, l'absence de conditions d'admissibilité clairement énoncées pour un groupe, combinée à la complexité des conditions d'admissibilité pour un autre groupe, fait que certains employés font mal la distinction entre les conditions d'admissibilité de deux groupes de bénéficiaires d'une carte d'assistance médicale.

5.37 Les différences dans les conditions financières d'admissibilité entre les quatre groupes de bénéficiaires d'une carte d'assistance médicale inscrits au plan et la possibilité de situations inéquitables nous préoccupent.

Recommandations

5.38 **Pour veiller à ce que les cartes d'assistance médicale soient délivrées d'une manière équitable, nous avons recommandé que les conditions financières d'admissibilité de chacun des quatre groupes de bénéficiaires d'une carte d'assistance médicale inscrits au plan soient examinées et, s'il y a lieu, modifiées. Les conditions d'admissibilité à la carte d'assistance médicale seulement devraient être améliorées afin qu'elles soient claires pour les employés et pour les requérants.**

5.39 **Comme une partie du personnel distingue mal entre les services offerts aux clients détenteurs d'une carte d'assistance médicale seulement et les services offerts aux clients visés par l'alinéa 4(2)(b), nous avons recommandé que les besoins de formation soient établis et évalués. Un programme de formation devrait être mis sur pied pour tenir compte de ces besoins et intégré au budget financier.**

Réponse de SFC

5.40 *Notre Direction du soutien des opérations passera en revue les conditions d'admissibilité à la carte d'assistance médicale seulement pour assurer des niveaux d'assistance comparables partout dans la province. Il est important que nous respectons les aspects discrétionnaires des cas de carte d'assistance médicale seulement, comme*

il est établi au paragraphe 4(4) du règlement en vertu de la Loi sur la sécurité du revenu familial, de sorte qu'une uniformité absolue n'est pas ce que nous recherchons.

5.41 *Notre Direction du soutien des opérations établira les besoins de formation ayant trait aux cas visés par l'alinéa 4(2)(b) et le paragraphe 4(4), que nous intégrerons au plan de formation des utilisateurs de la direction à l'intention du personnel de première ligne. [Traduction.]*

Respect des conditions d'admissibilité

5.42 Notre deuxième critère est le suivant :

Le processus d'inscription devrait assurer le respect des conditions d'admissibilité.

5.43 Le processus d'inscription devrait veiller à ce que chaque personne admissible qui fait une demande reçoive des avantages, et que le plan fournisse des services aux seules personnes qui sont admissibles. Pour déterminer s'il a été satisfait au critère, nous avons examiné quelques conditions d'admissibilité précises, puis nous avons soumis les dossiers de clients actifs à un contrôle par sondages pour déterminer si les conditions étaient respectées. Nous avons aussi effectué une analyse et un contrôle par sondages pour déterminer si les cartes d'assistance médicale sont délivrées de façon uniforme partout dans la province.

5.44 Les requérants communiquent avec leur bureau local de SFC pour savoir s'ils sont admissibles à une aide. Les préposés à la préinscription et les spécialistes de l'évaluation des besoins s'entretiennent avec les requérants pour obtenir des renseignements, qui sont entrés dans le système NB Cas pour déterminer l'admissibilité de la personne. SFC estime que le processus d'inscription assure effectivement le respect des conditions d'admissibilité. Le ministère nous a dit que, depuis l'instauration du système NB Cas en 1996, il réussit très bien à traiter les demandes de façon uniforme dans toute la province. Il affirme que le système NB Cas a permis d'uniformiser le processus décisionnel, et les règles d'admissibilité établies sont strictement appliquées. À son avis, il s'agit là d'un système très objectif.

Le processus d'inscription ne fait pas toujours en sorte que la province est le payeur de dernier recours

5.45 Selon le paragraphe 2.01(1) de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance*, « Nonobstant la définition "bénéficiaire", toute personne qui a un contrat ou un régime d'assurances ou qui est couverte par un contrat ou un régime d'assurances qui, d'après le Ministre, fournit des prestations semblables à celles qui sont fournies au titre du régime, n'est pas admissible à recevoir des prestations au titre du régime ». Selon le paragraphe 4(1) du règlement général afférent à la *Loi sur la sécurité du revenu familial*, « L'admissibilité initiale à l'assistance [...] est assujettie aux conditions suivantes : [...] toutes les personnes qui constituent l'unité doivent convaincre le Ministre qu'elles ont, dans les limites de leurs possibilités, épuisé tous autres moyens à leur disposition d'assurer leur subsistance ». Les mesures législatives sont claires. La province est le payeur de dernier recours; les personnes qui ont accès à un

autre régime d'assurance médicale ne sont pas admissibles à des avantages.

5.46 Notre contrôle par sondages a révélé que SFC ne respecte pas pleinement les mesures législatives sur le payeur de dernier recours. En effet, nous avons découvert plusieurs cas où des autochtones ont reçu une carte d'assistance médicale et des faiblesses dans les contrôles du système NB Cas. Voici une brève discussion de ces situations.

5.47 Le gouvernement fédéral est chargé du régime d'assurance-médicaments de tous les autochtones, qu'ils vivent dans une réserve ou non. Les autochtones ne sont pas admissibles au PMO, et les directives et procédures de SFC l'indiquent clairement.

5.48 Comme tous les clients qui reçoivent une aide financière de base sont admissibles à une carte d'assistance médicale, le système NB Cas est programmé de façon à ce que les clients qui sont entrés à titre d'autochtone au moment de leur inscription se voient automatiquement refuser une carte d'assistance médicale. Lorsqu'une personne autochtone n'est pas inscrite comme telle dans le système NB Cas, il y a problème, car elle reçoit une carte d'assistance médicale alors qu'elle n'y est pas admissible.

5.49 Nous avons contrôlé par sondages les cas actifs au 14 mai 2001 pour déterminer si des autochtones détenaient une carte d'assistance médicale. Notre contrôle ne nous a pas permis de repérer toutes les personnes autochtones. Nous avons déterminé par contre qu'il y avait 65 autochtones détenteurs d'une carte d'assistance médicale. Nous avons choisi au hasard un échantillon de six personnes pour vérifier si elles étaient couvertes par un régime d'assurance-médicaments du gouvernement fédéral et pour déterminer si elles utilisaient leur carte d'assistance médicale du PMO du Nouveau-Brunswick. Le régime fédéral a confirmé que les six personnes étaient couvertes. Deux avaient obtenu des avantages en vertu du PMO du Nouveau-Brunswick. Les résultats de ce contrôle par sondages montrent que le processus d'inscription n'assure pas toujours le respect des conditions d'admissibilité et que le plan fournit effectivement des services à des personnes qui n'y sont pas admissibles.

5.50 Comme les mesures législatives établissent clairement que la province est le payeur de dernier recours, des contrôles s'imposent pour repérer les requérants qui ont accès à un autre régime d'assurance médicale. Le système NB Cas comporte des caractéristiques que nous considérons comme des faiblesses de contrôle du Plan de médicaments sur ordonnance. Voici des exemples où il y a risque qu'un requérant ait accès à un autre régime d'assurance médicale.

- Durant le traitement de la demande, le système NB Cas contient de nombreuses invites pour aider les travailleurs à obtenir des renseignements et à déterminer l'admissibilité. Aucune, toutefois, n'incite le préposé à la préinscription ou le spécialiste de l'évaluation

des besoins à demander à la personne si elle a accès à un autre régime d'assurance médicale. Nous considérons cela comme une faiblesse de contrôle.

- Une autre faiblesse de contrôle du système NB Cas que nous avons relevée est un bogue dans le système. Après que la carte d'assistance médicale d'un client qui reçoit une aide financière de base est « annulée », elle est « réactivée » chaque fois que le système NB Cas réévalue l'admissibilité. Si un changement a lieu dans le revenu, les biens, l'adresse ou l'état matrimonial, par exemple, le système réévalue automatiquement l'admissibilité. Ce bogue touche le groupe le plus important des bénéficiaires d'une carte d'assistance médicale au titre du Plan F; il y a plus de 50 000 clients qui reçoivent une aide financière de base. Bien qu'il soit probable que la plupart de ces personnes n'ont pas accès à un autre régime d'assurance médicale, nous savons que c'est le cas pour certaines, ce qui les rend inadmissibles au PMO. De plus, comme les frais de participation du Plan F sont inférieurs à la plupart des autres régimes, il est très probable qu'une personne qui a deux cartes d'assistance médicale choisisse d'utiliser la carte du Plan F, car elle aura moins à déboursier.

Le processus d'inscription n'assure pas toujours une délivrance uniforme des cartes d'assistance médicale

5.51 Le deuxième groupe en importance du Plan F est constitué des clients détenteurs d'une carte d'assistance médicale seulement. En mai 2001, on comptait plus de 2 300 clients détenteurs d'une carte d'assistance médicale seulement. Il s'agit de personnes qui font une demande de carte d'assistance médicale et qui sont déterminées admissibles au moyen d'une évaluation financière en raison des coûts de leurs médicaments et de leur situation financière. Lorsqu'il effectue l'évaluation financière, le travailleur du bureau régional peut exercer une certaine discrétion pour décider des dépenses et des montants dont il sera tenu compte dans l'évaluation. Les premières informations montrent que ces cartes d'assistance médicale ne sont peut-être pas toujours délivrées de façon uniforme.

5.52 SFC admet que, si une certaine discrétion est permise, on court le risque d'un manque d'uniformité. Le ministère tente d'atténuer ce risque 1) en fournissant des lignes directrices visant à aider les travailleurs à prendre des décisions et 2) en exigeant l'approbation par le surveillant de chaque cas de carte d'assistance médicale seulement dans la région. Les surveillants se rencontrent régulièrement et communiquent souvent entre eux par courriel pour tenter d'assurer l'uniformité d'une région à l'autre. Selon le ministère, il ne devrait y avoir pratiquement aucune différence dans les cas de carte d'assistance médicale seulement au sein d'une même région, et l'écart d'une région à l'autre devrait être minime. On nous a informés que, dans les cas où les lignes directrices ne sont pas suivies, les notes de cas doivent clairement documenter les raisons de ce non-respect. Le ministère signale que les intervenants dans les régions sont très minutieux dans la réalisation des évaluations financières.

5.53 Nous avons analysé tous les cas actifs inscrits dans le système NB Cas au 14 mai 2001. L'analyse montre que le rapport entre les clients détenteurs d'une carte d'assistance médicale seulement et les clients qui reçoivent une aide financière de base varie grandement. Cela signifie qu'un des deux facteurs du rapport manque d'uniformité. Comme le processus d'approbation des requérants de l'aide financière de base fait appel à une évaluation financière uniformisée effectuée par le système NB Cas sans que le travailleur puisse intervenir ou presque, nous pensons que le manque d'uniformité se trouve dans l'approbation des requérants d'une carte d'assistance médicale seulement. L'analyse montre que, dans un bureau régional, on comptait 1 client détenteur d'une carte d'assistance médicale seulement pour 7 clients de l'aide financière de base; dans un autre, on comptait 1 client détenteur d'une carte d'assistance médicale seulement pour 62 clients de l'aide financière de base.

5.54 Notre contrôle par sondages de cas inscrits dans le système NB Cas a révélé d'autres éléments probants qui suggèrent que les requérants d'une carte d'assistance médicale seulement ne sont pas toujours traités de manière uniforme. Le contrôle par sondages effectué sur un échantillon d'évaluations financières réalisées pour des personnes qui faisaient une demande de carte d'assistance médicale a mis au jour les incohérences suivantes. (L'échantillon comportait 30 cartes d'assistance médicale délivrées dans quatre des sept régions.)

- Il y a un manque d'uniformité dans l'application des lignes directrices relatives à la nourriture, aux vêtements, au transport courant, aux dépenses du ménage et aux dépenses personnelles. La ligne directrice en matière de nourriture est 30 % du taux de base de l'unité. Dans un cas, le calcul pour une unité composée d'un adulte et d'une personne à charge a accordé une dépense mensuelle de 400 \$ pour la nourriture; la ligne directrice n'a pas été appliquée, et la demande de carte d'assistance médicale a été approuvée. Dans un autre cas, le calcul pour une unité composée de deux adultes et de trois enfants a accordé une dépense de 259 \$ seulement pour la nourriture; la ligne directrice a été appliquée, et la demande de carte d'assistance médicale a été refusée.
- Il y a un manque d'uniformité dans la documentation qui justifie l'utilisation de la catégorie de dépenses permise « transport pour fins médicales – essence ». La directive précise que des frais de transport pour fins médicales de 0,11 \$ le kilomètre sont permis pour l'utilisation d'un véhicule privé. Nous avons vu des cas où le montant énoncé dans la directive a servi à déterminer le montant des dépenses. Par contre, dans plusieurs cas où un montant est entré, aucune note ni aucun calcul n'appuient le chiffre. Nous avons relevé deux cas où des frais de transport pour fins médicales de 100 \$ par mois n'étaient pas expliqués et un autre cas où le montant était de 150 \$ par mois, toujours sans explication.
- Il y a un manque d'uniformité dans la documentation qui justifie le recours à la catégorie de dépenses « Autres ». Nous avons relevé deux

cas où un montant de 100 \$ par mois a été permis sans explication. Dans un autre cas, un montant de 150 \$ a été permis dans la catégorie de dépenses « Autres », accompagnée seulement d'une explication générale.

Conclusion

5.55 Il n'est pas satisfait au critère.

5.56 Le processus d'inscription n'assure pas toujours le respect des conditions d'admissibilité. Nous avons relevé plusieurs cas où une carte d'assistance médicale avait été délivrée à une personne ayant accès à un autre régime d'assurance médicale. Nous avons trouvé des éléments probants qui montrent que les cartes d'assistance médicale ne sont pas délivrées de manière uniforme, et des cas où nous n'avons trouvé aucune preuve de l'admissibilité financière.

Recommandation

5.57 Nous avons recommandé que le processus d'inscription soit examiné et modifié, lorsqu'il y a lieu, pour veiller à ce que des contrôles soient en place pour repérer les requérants qui sont déjà couverts par un régime d'assurance médicale et empêcher qu'ils reçoivent une carte d'assistance médicale. L'examen devrait faire en sorte que les caractéristiques du système NB Cas que nous avons relevées comme des faiblesses de contrôle sont résolues.

Réponse de SFC

5.58 Comme première étape pour donner suite à la recommandation, notre Direction du soutien des opérations fera savoir aux préposés à la préinscription, aux spécialistes des évaluations des besoins et aux responsables de cas qu'il faut demander aux requérants et aux clients s'ils ont accès à une assurance pour les médicaments sur ordonnance en vertu d'un autre régime.

5.59 Pour intégrer cette question et le processus d'examen des cas à notre procédure d'accueil informatisée, nous explorerons la faisabilité de modifier le système NB Cas de façon à avoir une boîte à liste déroulante qu'il faut remplir dans le traitement de la demande ou l'examen du cas. [Traduction.]

Recommandation

5.60 Comme la délivrance d'une carte d'assistance médicale à des personnes autochtones est une erreur qui se répète, nous avons recommandé que les travailleurs des bureaux régionaux soient informés de l'importance de repérer les personnes autochtones dans le système NB Cas. Les cas qui soulèvent le doute devraient être signalés et faire l'objet d'un suivi auprès du groupe fédéral responsable de l'assurance-médicaments des autochtones. Nous avons aussi recommandé qu'une personne soit chargée de veiller à ce qu'aucune carte d'assistance médicale ne soit délivrée à une personne autochtone.

Réponse de SFC

5.61 Notre Direction du soutien des opérations procédera à l'extraction dans le système NB Cas de tous les cas ayant un numéro

d'assurance-maladie de série 7 ou 8, confirmera le statut d'autochtone de ces personnes auprès du gouvernement fédéral et supprimera en conséquence l'assurance médicale provinciale. Un rapport semblable sera exécuté et mis en œuvre chaque trimestre.

5.62 *Il sera rappelé aux préposés à la préinscription, aux spécialistes de l'évaluation des besoins et aux responsables de cas de correctement sélectionner, dans le système NB Cas, la description de citoyenneté « Indien inscrit-Canadien » pour les clients ayant un statut d'autochtone. Le système NB Cas ne permet pas d'accorder l'assurance médicale si la citoyenneté enregistrée dans le système est Indien inscrit. [Traduction.]*

Recommandation

5.63 **Pour uniformiser davantage la délivrance des cartes d'assistance médicale, nous avons recommandé ce qui suit :**

- **Des explications sur les écarts entre bureaux dans les rapports entre les clients détenteurs d'une carte d'assistance médicale seulement et les clients qui reçoivent une aide financière devraient être obtenues. Les procédures incorrectes devraient être relevées et corrigées.**
- **Des explications au sujet du manque d'uniformité observé dans les évaluations financières visant les requérants d'une carte d'assistance médicale seulement devraient être obtenues. Les procédures incorrectes devraient être relevées et corrigées.**
- **Les lignes directrices relatives aux dépenses pour les requérants d'une carte d'assistance médicale seulement devraient être examinées et modifiées au besoin. Il faudrait renseigner tous les travailleurs régionaux qui participent au processus d'inscription sur l'utilisation appropriée des lignes directrices.**
- **Des contrôles visant le processus d'inscription devraient être établis pour faire en sorte que les cartes d'assistance médicale sont délivrées de manière uniforme à tous les requérants admissibles et que seules les personnes qui répondent aux conditions d'admissibilité reçoivent une carte d'assistance médicale.**

Réponse de SFC

5.64 *Bien que nous nous attendions à ce que des incohérences soient découvertes durant votre examen, puisqu'il existe entre les régions une grande diversité dans les caractéristiques démographiques et l'accès à un régime d'assurance médicale, l'ampleur des différences nous a portés à demander à notre unité de vérification interne de prévoir dans un proche avenir un examen des cas des clients détenteurs d'une carte d'assistance médicale seulement.*

5.65 *L'examen portera sur la détermination des pratiques uniques et des pratiques exemplaires ainsi que sur les exigences concernant la documentation justificative dans toutes les régions, et il aidera la*

Direction du soutien des opérations dans son examen des critères d'admissibilité visant ce groupe de clients. [Traduction.]

Inscription et retrait rapides

Des procédures sont en vigueur pour assurer l'inscription rapide des personnes qui sont admissibles au régime

5.66 Notre troisième critère est le suivant :

Des procédures devraient être en vigueur pour assurer l'inscription rapide des personnes qui sont admissibles au régime et le retrait rapide des personnes qui ne sont plus admissibles au régime.

5.67 L'inscription d'une personne au régime est un processus en deux étapes. La première étape consiste à déterminer l'admissibilité, et la deuxième est la délivrance de la carte d'assistance médicale.

5.68 SFC est uniquement responsable de la première étape, c'est-à-dire déterminer l'admissibilité. Les requérants communiquent avec le bureau local de SFC pour savoir s'ils sont admissibles à une aide financière ou à une carte d'assistance médicale. Les préposés à la préinscription et les spécialistes de l'évaluation des besoins sont des travailleurs de SFC qui s'entretiennent avec les requérants dans le but d'obtenir certains renseignements qui sont entrés dans le système NB Cas, dont se sert SFC pour déterminer l'admissibilité.

5.69 SFC a déclaré que le système NB Cas favorise la rapidité du traitement des demandes, et nos observations appuient cet énoncé. Nous avons observé sur place les préposés à la préinscription d'un bureau régional, et le système NB Cas semble utile à de nombreux égards; ainsi, il affiche les questions à poser, il fait les calculs rapidement et il permet de fixer les entrevues. SFC a ajouté qu'une inscription rapide n'est pas vraiment une préoccupation, car il est énoncé dans les mesures législatives que, si la personne est déclarée admissible, l'aide est fournie rétroactivement à compter de la date de la demande; de plus, le système NB Cas est programmé en conséquence.

5.70 Une fois l'admissibilité déterminée et la carte d'assistance médicale approuvée par le bureau régional, l'information doit être envoyée à la Croix Bleue. Le fichier des données de la Croix Bleue est préparé tous les jours et transféré en soirée. La Croix Bleue effectue une mise à jour quotidienne du système d'analyse du Plan de médicaments sur ordonnance, qui inscrit les personnes admissibles à titre de bénéficiaires, ce qui leur donne accès aux prestations du régime. Le lendemain de l'approbation, une carte d'assistance médicale est postée à la personne par l'entremise du système NB Cas. La personne a donc accès à des prestations pharmaceutiques dès le lendemain de l'approbation de la carte d'assistance médicale; dans une situation d'urgence, une marche à suivre est établie pour fournir un accès le jour même aux avantages offerts par le régime.

5.71 Le transfert du fichier de données de SFC à la Croix Bleue semble bien fonctionner. Il y a en vigueur un processus en bonne et due forme,

accompagné de contrôles, pour confirmer l'envoi du fichier, la réception du fichier et la mise à jour du système de la Croix Bleue. En cas de problème, un processus officiel permet d'y remédier rapidement. SFC et la Division du PMO ont tous les deux signalé que les problèmes sont rares et que le système actuel fonctionne bien.

5.72 Nous avons effectué un contrôle par sondages sur un échantillon aléatoire de 25 cas inscrits au Plan F qui avaient reçu des prestations pharmaceutiques, afin de déterminer si le client était inscrit comme personne admissible à des prestations pour médicaments sur ordonnance dans le système NB Cas au moment où la prestation a été fournie. Dans chacun des 25 cas, c'était effectivement la situation. Les résultats de ce contrôle par sondages montrent que l'information sur l'admissibilité est transférée correctement de SFC à la Croix Bleue.

Des procédures sont en vigueur pour veiller au retrait rapide des personnes qui ne sont plus admissibles au plan

5.73 La procédure de retrait d'une personne qui n'est plus admissible au plan est très semblable. Le système NB Cas est programmé de façon à mettre automatiquement fin aux prestations de la carte d'assistance médicale lorsque l'admissibilité cesse. L'admissibilité cesse lorsque le travailleur de SFC entre dans le système NB Cas de l'information qui met fin à l'admissibilité ou lorsque la période d'admissibilité expire. L'information est également envoyée à la Croix Bleue dans le fichier de données transféré chaque nuit.

5.74 Nous avons vérifié un échantillon aléatoire de 99 cas pour lesquels le système NB Cas avait mis fin aux prestations pharmaceutiques, afin de déterminer si la personne avait bénéficié de prestations pharmaceutiques après la cessation de son cas. Nous n'avons trouvé aucun cas où l'assurance-médicaments avait été utilisée après la date de cessation. Les résultats de ce contrôle par sondages montrent que l'information sur l'admissibilité est correctement transférée et que le système de la Croix Bleue est promptement mis à jour.

La Division du PMO n'a aucun processus en place pour mettre fin aux prestations d'une personne inscrite au plan

5.75 À l'occasion, la Division du PMO apprend qu'un bénéficiaire du Plan F a une autre assurance-médicaments et n'est donc pas admissible au régime. Comme la Division du PMO est chargée des dépenses du régime, il est important qu'elle ait un moyen d'entamer le retrait des personnes qui n'y sont plus admissibles. Il n'y a aucun processus officiel en place qui permet à la Division du PMO de mettre fin aux prestations d'une personne inscrite au Plan F.

Il n'y a aucun processus officiel en place qui permet à la Division du PMO d'aider les gens à obtenir une carte d'assistance médicale

5.76 La Division du PMO a signalé être intervenue dans des cas où l'admissibilité n'avait pas été déterminée promptement. Les cas touchaient des personnes qui s'étaient fait dire par un préposé à la préinscription de SFC qu'elles n'étaient pas admissibles à une carte d'assistance médicale, mais dont on avait déterminé par la suite qu'elles étaient admissibles. La division a déclaré qu'il est très difficile pour des patients ayant des problèmes mentaux en particulier de franchir l'étape de la préinscription au téléphone pour vérifier l'admissibilité. La division

signale qu'elle doit, en moyenne, traiter au moins un cas par semaine qui touche à des questions d'admissibilité. Le nombre de cas et le temps qu'exige le traitement de chaque cas laisseraient entendre que le processus d'inscription ou les conditions d'admissibilité comportent des problèmes.

5.77 SFC a signalé n'avoir rien relevé qui dénote des retards dans la préinscription. Étant donné les différences entre les ministères dans la rapidité avec laquelle ils déterminent l'admissibilité, nous croyons qu'il serait indiqué pour les deux ministères de collaborer à la résolution de la question.

Conclusion

5.78 Il est satisfait en grande partie au critère.

5.79 Dans des cas normaux, des procédures sont en vigueur pour assurer l'inscription rapide des personnes admissibles au régime ainsi que le retrait rapide des personnes qui n'y sont plus admissibles. Cependant, comme pour la plupart des systèmes, certaines situations ne cadrent pas avec le profil normal, et aucune procédure officielle n'existe pour traiter de tels cas.

Recommandation

5.80 Nous avons recommandé qu'un processus officiel soit établi pour faciliter le retrait rapide des personnes du plan lorsque la Division du PMO détermine qu'elles ont une autre assurance médicale.

Réponse de SFC

5.81 Notre Direction du soutien des opérations dressera les grandes lignes d'un processus d'échange d'information qu'elle soumettra au PMO.

5.82 Sur réception d'informations confirmant une autre assurance médicale, la direction a l'intention de prendre rapidement des mesures pour supprimer l'admissibilité du client à des prestations pharmaceutiques dans le système NB Cas. [Traduction.]

Réponse de SME

5.83 Le PMO soutiendra l'établissement d'un processus officiel visant à retirer les personnes dont on a déterminé, à l'aide d'une documentation justificative, qu'elles bénéficient d'une autre assurance pour médicaments sur ordonnance. [Traduction.]

Recommandation

5.84 Nous avons recommandé que les deux ministères élaborent un processus officiel pour établir comment la Division du PMO aidera les gens à se procurer une carte d'assistance médicale par l'entremise de SFC. Le processus devrait faire en sorte que l'admissibilité du requérant est établie avant l'approbation de la carte d'assistance médicale et qu'une documentation adéquate est conservée.

Réponse de SFC

5.85 Comme la détermination de l'admissibilité à une aide financière pour les coûts liés à la santé, y compris le PMO, est uniquement la responsabilité du ministre des Services familiaux et communautaires, le

processus établi pour faire une demande à l'un de nos points de service ne sera pas modifié, sauf sur ordre du Conseil exécutif.

5.86 *Cependant, si le PMO a des préoccupations au sujet de la situation d'un requérant en particulier, notre Direction du soutien des opérations, une fois au courant des détails, examinera sans délai les renseignements recueillis à l'accueil et fournira une rétroaction au PMO. [Traduction.]*

Réponse de SME

5.87 *Le PMO soutiendra l'élaboration d'un processus officiel visant à traiter les situations qui ne cadrent pas avec le profil normal des requérants de services de médicaments sur ordonnance en vertu de la carte d'assistance médicale délivrée par SFC. [Traduction.]*

Établissement de directives et de procédures

5.88 Les directives et les procédures établissent des règles pour faire en sorte qu'un programme est dispensé de façon conforme aux mesures législatives et de manière uniforme partout dans la province.

5.89 Les deux prochains critères de vérification ont trait aux directives et aux procédures concernant l'admissibilité au plan. Nous voulions savoir si les directives et les procédures sont documentées, accessibles au personnel et tenues à jour, et si leur respect est surveillé.

5.90 Notre quatrième critère est le suivant :

Les directives et les procédures concernant l'admissibilité devraient être documentées et faciles d'accès pour le personnel. Elles devraient être examinées annuellement et mises à jour au besoin.

Les directives et les procédures concernant l'admissibilité sont documentées

5.91 Les directives et les procédures concernant l'admissibilité au plan se trouvent toutes dans le système NB Cas. Le système en ligne fait en sorte que le personnel a accès aux directives et aux procédures en vigueur.

5.92 La Division du PMO n'a pas de copie des directives et des procédures de SFC concernant l'admissibilité au plan. Comme elles se trouvent dans le système NB Cas et que la division n'a pas accès au système NB Cas, il n'est pas facile pour la division d'y avoir accès. La Division du PMO trouve qu'il est difficile de répondre aux questions et aux plaintes du public parce qu'elle n'a pas facilement accès aux directives et aux procédures du plan.

Certaines directives et procédures qui se trouvent dans le système NB Cas au sujet des cartes d'assistance médicale ne sont pas exactes

5.93 Nous avons examiné les directives et les procédures concernant les cartes d'assistance médicale et noté que certaines informations semblent inexactes. Nous avons demandé que ces directives et procédures soient examinées. L'examen a confirmé que certaines informations étaient inexactes.

Les directives et les procédures sont examinées et mises à jour

5.94 Plusieurs situations peuvent entraîner des changements, notamment le signalement de problèmes par les régions. Les modifications apportées aux directives et aux procédures sont mises à jour et faciles à consulter dans le système NB Cas. Cependant, l'examen des directives et des procédures ne suit aucun calendrier particulier, et, au moment de notre examen, une partie de l'information était désuète. Afin de réduire le risque de confusion et de s'assurer que la quantité d'informations demeure raisonnable, un « nettoyage maison » périodique des directives et des procédures est nécessaire.

Les besoins en matière d'information n'ont pas été déterminés, et des voies de communication officielles entre les deux ministères n'ont pas été établies

5.95 La Division du PMO nous a dit que la résolution des problèmes ayant trait au Plan F est souvent inefficace dans son cas. Les problèmes qui se posent peuvent être la découverte de bénéficiaires du plan qui ont une autre assurance médicale, le traitement de plaintes ou la résolution de questions relatives à l'admissibilité lorsqu'elle joue son rôle de défenseur des intérêts du public. Il n'est pas toujours facile d'obtenir de l'information; des voies de communication officielles n'ont pas été établies, et les règles d'échange d'information ne sont pas connues.

5.96 La Division du PMO n'a pas accès au système NB Cas. Le système NB Cas est le système automatisé de gestion de cas dont se sert SFC pour déterminer l'admissibilité. Notamment, le système NB Cas comprend des renseignements sur les requérants et sur les clients (actifs et dont les prestations ont cessé), ainsi que les directives et procédures. La Division du PMO veut avoir accès au système NB Cas. Elle estime que, en ayant accès à cette information, elle sera mieux en mesure d'améliorer l'administration du régime, de mieux rendre compte des fonds dépensés, de fournir un meilleur service aux clients et de résoudre les problèmes.

Conclusion

5.97 Il est partiellement satisfait au critère.

5.98 Nous avons été satisfaits de constater que les directives et les procédures concernant l'admissibilité sont documentées et accessibles dans le système NB Cas. Elles sont mises à jour lorsque SFC en voit le besoin. Cependant, les directives et les procédures sont faciles d'accès pour le personnel de SFC seulement, et une partie de l'information est inexacte. Sans des directives et des procédures claires et exactes, les travailleurs de SFC pourraient fournir le service de manière incorrecte ou donner de mauvais renseignements au public au sujet du Plan de médicaments sur ordonnance.

5.99 La Division du PMO n'est pas consultée lorsque SFC élabore ou modifie des directives et des procédures ayant trait au plan. Les besoins

en matière d'information ne sont pas déterminés, et des voies de communication officielles entre les deux ministères ne sont pas établies.

Recommandation

5.100 Nous avons recommandé que SFC fournisse à la Division du PMO une copie de toutes les directives et procédures en vigueur ayant trait au plan.

Réponse de SFC

5.101 *Notre Direction du soutien des opérations s'assurera que les procédures dans le système NB Cas ayant trait au Plan F sont mises à la disposition du PMO. À l'heure actuelle, les directives du système NB Cas sont accessibles par Internet. Nous avons l'intention d'explorer la viabilité de fournir au PMO une version électronique de l'information qui est fournie sur les écrans d'aide en ligne du système NB Cas, y compris les procédures.* [Traduction.]

Réponse de SME

5.102 *Le PMO est d'accord avec le fait que SFC devrait fournir à la division une copie de toutes les directives et procédures en vigueur ayant trait au plan.* [Traduction.]

Recommandation

5.103 Nous avons recommandé que la Division du PMO réalise un examen attentif de toutes les directives et procédures en vigueur ayant trait au plan de son propre point de vue. Les modifications proposées devraient être communiquées à SFC aux fins d'étude. Les corrections considérées nécessaires devraient être apportées dans le système NB Cas aussitôt que possible.

Réponse de SFC

5.104 *La Direction du soutien des opérations prendra bonne note des modifications aux directives et aux procédures proposées par le PMO. La direction étudiera les demandes de modification, discutera de toute préoccupation avec le PMO et intégrera les modifications convenues aux écrans d'aide en ligne du système NB Cas.* [Traduction.]

Réponse de SME

5.105 *Le PMO attribuera la responsabilité de l'examen des directives du SFC en matière de médicaments sur ordonnance à un membre du personnel de Santé et Mieux-être une fois qu'un processus officiel aura été établi.* [Traduction.]

Recommandation

5.106 Nous avons recommandé que les deux ministères travaillent en équipe et participent tous les deux directement à la préparation et à la modification des directives et des procédures ayant trait au plan. Nous avons aussi recommandé qu'un membre du personnel de SFC soit chargé de fournir à la Division du PMO au fur et à mesure une copie de tous les changements apportés aux directives et aux procédures ayant trait au plan.

Réponse de SFC

5.107 *Notre Direction du soutien des opérations a la responsabilité de tenir à jour les directives et les procédures du système NB Cas, y compris celles qui ont trait à la protection offerte par le Plan F. La direction*

assurera la liaison avec le PMO et s'assurera que les modifications sont communiquées au PMO. [Traduction.]

Réponse de SME

5.108 Le PMO collaborera à la modification des mises à jour des directives et des procédures ayant trait au plan. [Traduction.]

Recommandation

5.109 Nous avons recommandé que SFC attribue à un membre du personnel la responsabilité de tenir un registre de toutes les mises à jour que nécessitent les directives et les procédures et d'apporter les changements annuellement pour assurer la pertinence et l'exactitude de l'information.

Réponse de SFC

5.110 L'attribution de cette responsabilité incombe au directeur du Soutien aux opérations, puisqu'il revient à cette direction de mettre les directives et les procédures à jour dans le système NB Cas sur une base continue. [Traduction.]

Recommandation

5.111 Nous avons recommandé que les deux ministères travaillent ensemble pour déterminer leurs besoins en matière d'information, y compris décider si la Division du PMO devrait avoir accès au système NB Cas. Des voies de communication officielles entre les ministères devraient être établies.

Réponse de SFC

5.112 L'accès au système NB Cas par le PMO n'est pas possible pour l'instant, puisque les mesures législatives en vigueur interdisent la communication de renseignements personnels à d'autres ministères.

5.113 En revanche, nous sommes disposés à discuter avec le PMO de ses besoins en matière d'information et tenterons de mettre en place un mécanisme de communication qui répond à ces besoins, y compris la résolution des situations particulières. [Traduction.]

Réponse de SME

5.114 Le PMO demandera à un membre de son personnel de travailler avec le personnel de SFC pour déterminer les besoins en matière d'information et établir un processus de communication officiel. [Traduction.]

Surveillance du respect des directives et des procédures

5.115 Notre cinquième critère est le suivant :

Il y aurait lieu de surveiller le respect des directives et des procédures.

5.116 La surveillance du respect des directives et des procédures permet de déterminer si un programme fonctionne conformément aux mesures législatives et si le programme est fourni de manière uniforme dans toute la province. La surveillance est une fonction importante.

Un système de surveillance adéquat n'a pas été établi

5.117 Un système de surveillance adéquat n'a pas été établi pour le plan. Des procédures de surveillance courantes ne sont pas appliquées et n'ont pas été élaborées.

5.118 SFC accomplit certaines activités pour déterminer si ses directives et ses procédures sont suivies. La surveillance des clients qui reçoivent une aide financière de base et des clients visés par l'alinéa 4(2)(b) est exercée en région par les gestionnaires et les enquêteurs, et à l'échelle provinciale par les directeurs régionaux et le groupe des services de vérification. Bien que la surveillance des clients qui reçoivent une aide financière de base et des clients visés par l'alinéa 4(2)(b) permette dans une certaine mesure d'exercer un suivi indirect sur les cartes d'assistance médicale délivrées aux clients en question, SFC n'a pas d'activités particulières visant à surveiller la délivrance des cartes d'assistance médicale. Les enquêteurs de SFC ne surveillent pas les clients détenteurs d'une carte d'assistance médicale seulement. Ce groupe compte plus de 2 300 clients.

Il n'y a pas de cadre redditionnel en vigueur pour le Plan F

5.119 Nous avons trouvé que les mesures législatives visant le plan sont lourdes et confuses. Six mesures législatives (lois et règlements) et deux ministères différents sont mis à contribution. Le règlement afférent à la *Loi sur la sécurité du revenu familial* fournit à SFC l'autorisation de délivrer les cartes d'assistance médicale et énonce les conditions d'admissibilité. Le règlement afférent à la *Loi sur les services d'assistance médicale* autorise les prestations pharmaceutiques fournies aux bénéficiaires inscrits au Plan F et payées en vertu du Plan de médicaments sur ordonnance. Le règlement afférent à la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance* autorise le ministère de la Santé et du Mieux-être à payer les médicaments au nom des bénéficiaires du régime. Bien que les bénéficiaires d'autres régimes du PMO soient définis dans le règlement afférent à la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance*, on n'y trouve aucune description du Plan F ni de renvoi à ces bénéficiaires.

5.120 La Division du PMO n'a aucun contrôle sur l'admissibilité des clients au Plan F; elle n'intervient pas dans le processus d'inscription, mais elle est pourtant chargée des coûts et de l'administration du régime.

5.121 Comme la responsabilité de la détermination de l'admissibilité et de la délivrance des cartes d'assistance médicale n'est pas attribuée à l'unité chargée du budget du programme, il est difficile de gérer et de maîtriser les dépenses, et la reddition de comptes est compromise.

5.122 Qui est, ou qui devrait être chargé de la surveillance du plan n'est pas clair. Il n'y a aucune entente écrite entre les ministères pour énoncer les rôles et les responsabilités en matière de surveillance. Toutefois, la direction des deux ministères admet que les bénéficiaires du Plan F sont des clients de SFC et que Santé et Mieux-être est simplement un fournisseur de services. Si c'est le cas, nous remettons en question la pertinence de la structure redditionnelle du plan.

Conclusion

5.123 Il n'est pas satisfait au critère.

5.124 Le respect des directives et des procédures n'est pas surveillé. Un système de surveillance adéquat n'a pas été établi en ce qui concerne le plan, et nos observations montrent que la surveillance fait défaut.

5.125 Aucun cadre redditionnel n'est en vigueur pour le Plan F. On ne sait trop qui est chargé de la surveillance du plan; il n'y a aucune entente écrite entre les ministères énonçant les rôles et les responsabilités en matière de surveillance.

Recommandation

5.126 Nous avons recommandé que les deux ministères travaillent ensemble à l'élaboration, pour le plan, d'un système de surveillance adéquat qui répond aux besoins des deux ministères.

Réponse de SFC

5.127 Nous appuyons la nécessité de surveiller tous les programmes, y compris ceux reliés au Plan F, et nous sommes disposés à discuter de la question avec le PMO, bien que nous reconnaissons que la surveillance d'un programme administré en commun pose des défis, surtout en regard des ressources limitées.

5.128 Les coûts associés à la surveillance par rapport aux avantages qui en découleront devront être déterminés avant que SFC y affecte des ressources. [Traduction.]

Réponse de SME

5.129 À l'heure actuelle, le PMO surveille l'utilisation des médicaments sur ordonnance des clients de SFC à ses propres fins. Le programme a échangé ou créé des documents à la demande de SFC. Le PMO serait d'accord pour collaborer à un processus plus officiel qui permettrait aux deux ministères d'échanger les données disponibles en vue de leur utilisation dans la gestion du programme. [Traduction.]

Recommandation

5.130 Afin d'améliorer la reddition de comptes du plan, nous avons recommandé que les deux ministères officialisent leurs relations dans une entente écrite qui énonce les rôles et les responsabilités de chacun. Nous avons recommandé que les deux ministères établissent des objectifs pour le plan. Nous avons aussi recommandé que les deux ministères établissent un comité de travail officiel qui se réunit à intervalles réguliers pour assurer la détermination et la résolution rapides des problèmes interministériels.

Réponse de SFC

5.131 Étant donné l'amélioration des relations de travail entre le PMO et SFC qui devraient découler d'un tel examen, il est indiqué pour les deux ministères de ratifier conjointement les rôles et les responsabilités de chacun en ce qui concerne le Plan F. [Traduction.]

Réponse de SME

5.132 Le PMO affectera un membre du personnel de Santé et Mieux-être à l'élaboration d'une entente qui officialise la relation et qui énonce les rôles et les responsabilités avec SFC dans les domaines suivants :

- *établir des objectifs qui répondent aux besoins des deux ministères pour les questions relatives aux médicaments sur ordonnance de la carte d'assistance médicale;*
- *siéger au comité de travail, composé de membres du personnel de la direction des deux ministères, afin de discuter des questions à long terme et des questions urgentes;*
- *discuter de la faisabilité et de la nécessité d'apporter des modifications aux mesures législatives actuelles visant les deux ministères afin d'établir un centre de responsabilité commun pour les questions de budget et d'accès. [Traduction.]*

Sensibilisation du public et service du groupe cible

5.133 Chaque programme ou service fourni par le gouvernement a un but. En offrant des programmes sociaux, le gouvernement prend des mesures dans l'intérêt d'un groupe de personnes. Pour qu'un programme soit efficace, le groupe cible doit être déterminé et servi. Le dernier critère de vérification traite du service du groupe cible.

5.134 Notre sixième critère est le suivant :

De l'information sur le programme, y compris les conditions d'admissibilité et les processus de demande et de cessation, devrait être mise à la disposition de tous les requérants potentiels.

Il y des renseignements au sujet du Plan F dans Internet

5.135 Le Plan F est brièvement décrit, de même que les autres régimes du Plan de médicaments sur ordonnance, sur le site Web du ministère de la Santé et du Mieux-être. Le site Web du ministère des Services familiaux et communautaires contient les directives du ministère, et des renseignements sur la carte d'assistance médicale y sont fournis.

5.136 Nous avons trouvé qu'il n'est pas facile de trouver les directives ayant trait aux cartes d'assistance médicale sur le site Web. Les renseignements au sujet du programme, y compris les conditions d'admissibilité et les processus de demande et de cessation, ne sont pas tous regroupés au même endroit. Nous avons examiné les directives fournies sur le site Web au sujet des cartes d'assistance médicale et constaté que certaines informations sont inexactes.

Une version papier des renseignements sur le Plan F n'a pas été préparée à l'intention du public

5.137 Aucun document d'information n'a été préparé à l'intention du public pour décrire le plan, y compris les conditions d'admissibilité et les processus de demande et de cessation. La Division du PMO n'a pas de dépliants sur le Plan F qu'elle peut distribuer au public, et les dépliants d'information générale distribués dans le passé ne faisaient aucun renvoi au Plan F. SFC a des dépliants à l'intention du public portant sur quelques-uns des services qu'il offre; cependant, ces dépliants n'abordent pas le sujet des cartes d'assistance médicale.

5.138 Nous avons demandé à SFC comment les gens apprennent qu'ils peuvent recevoir de l'aide s'ils font face à des coûts déraisonnables pour

leurs médicaments. SFC nous a dit qu'il ne fait aucune annonce; la demande dépasse déjà la capacité en matière de ressources financières. Le personnel nous a dit que les clients savent où s'adresser. Les ressources communautaires (refuges d'urgence, comptoirs alimentaires et maisons de transition) et les professionnels de la santé (médecins et pharmaciens) adressent au ministère des clients potentiels qui ont besoin d'aide.

Deux services qui sont offerts ne sont pas utilisés

5.139 Les personnes qui souscrivent à un régime privé d'assurance médicale mais qui n'ont pas les moyens de payer les frais de participation (le montant à payer pour obtenir la prescription) peuvent être admissibles à une aide financière. Il s'agit d'un des avantages offerts en vertu de l'alinéa 4(2)(b). Par exemple, une personne pourrait avoir besoin de cette aide financière parce qu'elle a un cancer ou une maladie mentale, car les médicaments employés dans le traitement de telles maladies coûtent très cher. Cette aide est brièvement décrite sur le site Web de SFC.

5.140 Un autre avantage offert en vertu de l'alinéa 4(2)(b) est le versement d'une aide financière pour couvrir le coût mensuel d'un régime privé pour les médicaments sur ordonnance, c'est-à-dire la prime mensuelle. Nous n'avons trouvé aucun renseignement au sujet de ce genre d'aide sur le site Web de SFC, mais nous en avons par contre vu une description dans les directives et procédures qui se trouvent dans le système NB Cas.

5.141 Nous avons examiné l'utilisation des deux services en question en déterminant d'abord le nombre de clients visés par l'alinéa 4(2)(b). Nous avons ensuite déterminé le nombre de personnes dans ce groupe qui recevaient une aide financière pour les aider à payer les frais de participation ou les primes mensuelles d'une assurance médicale privée. Au 14 mai 2001, il y avait dans la province 90 clients visés par l'alinéa 4(2)(b). Aucun client parmi le groupe ne recevait une aide financière pour l'aider à payer les frais de participation. Aucun client parmi le groupe ne recevait une aide financière pour l'aider à payer les primes mensuelles d'une assurance médicale privée.

5.142 Il est important de fournir une aide financière aux personnes qui ont une assurance privée et qui ont besoin d'aide pour payer les frais de participation afin d'empêcher ces personnes d'annuler leur police privée pour ensuite demander une carte d'assistance médicale au ministère, car le gouvernement provincial aurait alors à payer le plein coût des médicaments. De même, il est important de fournir une aide financière aux personnes qui ont besoin de médicaments sur ordonnance et qui ont accès à un régime privé, mais qui ont besoin d'aide pour payer les primes mensuelles. Si on aide ces personnes à souscrire à une assurance-médicaments privée, elles n'auront pas besoin de demander une carte d'assistance médicale au ministère, en vertu de laquelle le gouvernement provincial paie les médicaments.

Conclusion

5.143 Il n'est pas satisfait au critère.

5.144 Des renseignements au sujet du régime, y compris les conditions d'admissibilité et les processus de demande et de cessation, ne sont pas mis à la disposition de tous les requérants potentiels. Les gens n'ont pas tous accès à Internet et, sans accès informatique, l'information fournie sur le site Web n'est pas utile.

5.145 Deux services qui sont offerts ne sont pas utilisés. Les personnes qui ont une assurance médicale privée mais qui n'ont pas les moyens de payer les frais de participation ne reçoivent pas le service dont elles ont besoin. De même, les personnes qui doivent prendre des médicaments sur ordonnance et qui ont accès à un régime privé, mais qui ont besoin d'aide pour payer les primes mensuelles, ne reçoivent pas le service offert. Il se peut que la situation soit attribuable en partie au manque de diffusion d'information au sujet de ces services.

Recommandation

5.146 Nous avons recommandé que les deux ministères travaillent ensemble pour créer à l'intention du public un dépliant qui fournit des renseignements généraux au sujet du Plan de médicaments sur ordonnance et des renseignements plus détaillés au sujet du Plan F, y compris les prestations offertes, les conditions d'admissibilité, les processus de demande et d'appel, et des numéros de téléphone pour obtenir d'autres renseignements.

Réponse de SFC

5.147 Comme le PMO mène et finance cette initiative, nous offrirons une aide active dans la prestation de renseignements au sujet de l'admissibilité et des processus de demande et d'appel. [Traduction.]

Réponse de SME

5.148 Le PMO a un feuillet d'information publique qui fournit une brève description du plan de SFC. Le programme envisage de mettre à jour le dépliant actuel du PMO. Avec la collaboration de SFC, un dépliant révisé incorporera les renseignements proposés et sera distribué aux deux ministères ainsi qu'aux intervenants pertinents. [Traduction.]

Recommandation

5.149 Nous avons recommandé que les renseignements au sujet du plan soient disponibles par l'entremise des deux ministères, dans les bureaux régionaux des deux ministères, les bureaux des professionnels de la santé (tels que les oncologues et les psychiatres), les pharmacies, les hôpitaux et tout autre centre de soutien communautaire. Nous avons aussi recommandé que les numéros de téléphone à composer pour obtenir plus de renseignements soient consignés au verso de la carte d'assistance médicale délivrée aux clients.

Réponse de SFC

5.150 Nos points de service partout dans la province mettront bien en évidence à la disposition du public des dépliants d'information sur le Plan F.

5.151 Fournir un dépliant à tous les clients détenteurs d'une carte d'assistance médicale pour les médicaments devrait répondre aux besoins

d'information supplémentaire; imprimer un numéro de téléphone au verso de la carte d'assistance médicale, comme vous le suggérez, devient alors redondant. [Traduction.]

Réponse de SME

5.152 *Le PMO contribuera à la distribution des renseignements sur le régime de médicaments à tous les intervenants pertinents. [Traduction.]*

Recommandation

5.153 **Comme le versement d'une aide financière pour payer les dépenses ayant trait aux frais de participation et aux primes mensuelles d'une assurance médicale privée pourrait réduire les coûts du gouvernement, nous avons recommandé que SFC détermine pourquoi ces services ne sont pas utilisés et qu'il apporte des corrections au besoin.**

Réponse de SFC

5.154 *Prévus pour bientôt, notre vérification interne et l'examen par la Direction du soutien des opérations des cas de carte d'assistance médicale seulement pourraient nous éclairer sur les raisons pour lesquelles il ne semble y avoir aucune activité dans le paiement des frais de participation ou des primes mensuelles d'autres polices d'assurance médicale.*

5.155 *La question sera également traitée dans le cadre de la formation de notre personnel de première ligne sur les cas visés par l'alinéa 4(2)(b) et le paragraphe 4(4). [Traduction.]*