

ACCORD DE RENDEMENT MSSLD-RLISS DU 1ER AVRIL 2010 AU 31 MARS 2012

Amendements consolidés en vigueur à compter du 1^{er} août 2011

ENTRE :

**Sa Majesté du chef de l'Ontario, représentée par le
ministre de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD)**

- et -

**Réseau local d'intégration des services de santé du Centre (ci-après appelé
« RLISS »)**

Introduction

Le 1^{er} avril 2006, l'Ontario a procédé à la transformation des services de santé de toute la province en créant 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui assument collectivement la responsabilité de plus de 21 milliards de dollars de dépenses annuelles en soins de santé. Au moyen de ce transfert de responsabilités, le système ontarien de soins de santé demeure un système unique comptant 14 systèmes locaux de services de santé qui travaillent ensemble à la planification, au financement, à la coordination et à l'intégration de la prestation de soins de santé dans toute la province.

La création des RLISS et le transfert de responsabilités vers ces RLISS sont étayés par l'imputabilité ultime du gouvernement quand vient le temps d'investir l'argent des contribuables dans les services de santé. Cette façon de faire permet au MSSLD d'exercer un contrôle approprié et légitime sur la gestion budgétaire et la prestation des services de santé par l'entremise des RLISS.

Un transfert de responsabilités d'une telle ampleur exige que le MSSLD donne le ton pour l'utilisation des fonds publics à l'aide d'une gestion efficace et en mettant en place des contrôles financiers efficaces. En agissant ainsi, le MSSLD se fonde sur deux principes essentiels : servir l'intérêt du public et conserver la confiance du public.

Pour s'assurer de l'uniformité des services en soins de santé offerts partout dans la province, le MSSLD, en sa qualité d'administrateur du système de santé, a la responsabilité d'établir une orientation et des priorités stratégiques pour la province, et doit instaurer des lois, règlements, normes et politiques.

En leur qualité de gestionnaires des systèmes de santé locaux, les RLISS interagissent de façon générale avec les patients et les membres de leur famille, avec les fournisseurs de services de santé et autres intervenants quand vient le temps de prendre des décisions ayant des répercussions sur les services de santé de leur région. Les RLISS jouent un rôle essentiel dans la réalisation des priorités stratégiques du gouvernement pour le système de soins de santé de l'Ontario, ainsi que dans la façon d'aborder les priorités locales établies dans leurs plans de services de santé intégrés.

En leur qualité de mandataires de la Couronne, les RLISS sont tenus de travailler avec le MSSLD et les fournisseurs locaux de services de santé pour faire en sorte de respecter les lois,

règlements, normes et politiques de la province et pour gérer le rendement à l'échelle locale. Les RLISS travaillent ensemble à développer les ressources au sein de leurs systèmes de santé locaux, à améliorer l'accès aux soins et leur qualité et à encourager l'innovation. On s'attend ainsi à ce que les RLISS aient recours à un processus continu d'amélioration de la qualité et à un processus de surveillance et d'évaluation afin d'établir les meilleures façons de développer les ressources dans leur système d'une manière efficace et optimale.

Le MSSLD et les RLISS travaillent ensemble à bâtir un système de santé plus intégré et durable axé sur les gens et fondé sur les résultats. L'objectif d'un système intégré consiste à améliorer l'expérience vécue par les patients à mesure qu'ils progressent dans le continuum des services de santé en créant un système plus coordonné et convivial, tout en faisant une utilisation efficace et optimale des ressources existantes. La mise sur pied d'un système entièrement intégré améliorera la qualité, l'accessibilité et la durabilité des soins de santé offerts aux résidents de l'Ontario.

Dotés d'une autorisation de financement pour les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, les centres d'accès aux soins communautaires, le soutien communautaire, ainsi que pour la santé mentale et les dépendances, les RLISS constituent des partenaires clés du MSSLD pour assurer la durabilité du système de santé. Le présent accord définit les obligations du MSSLD et des RLISS visant à assurer la responsabilisation financière, la durabilité et le rendement du système de santé.

Le MSSLD a mis en oeuvre certains mécanismes et mesures visant à permettre une surveillance et une responsabilisation efficaces et à régir les activités et le comportement des RLISS. Ces mesures comprennent l'introduction de la *Loi de 2010 sur la responsabilisation du secteur parapublic*, qui établit de nouvelles règles et normes en matière de responsabilisation afin d'accroître la transparence du secteur parapublic, qui englobe les RLISS et les hôpitaux. Elles comprennent également la Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous (LEST), qui met les patients ontariens au premier rang en renforçant l'accent organisationnel et la reddition de comptes pour la prestation de soins de qualité supérieure. L'objectif de la LEST est d'amalgamer la qualité et la valeur de manière à ce que la population ontarienne puisse compter sur le système de santé pour les générations à venir.

Le MSSLD est tenu d'établir le financement et de constituer le cadre financier en vertu duquel le MSSLD et les RLISS géreront le système de santé de l'Ontario. Ce cadre financier définit les attentes liées à une gestion efficace et optimale, y compris les exigences en matière d'équilibre budgétaire, de planification de mesures d'urgence et de gestion du risque. Ces règles favorisent la santé financière et la responsabilisation et soutiennent l'atteinte des objectifs de rendement. Les RLISS doivent se conformer à ces règles financières et de les gérer lorsqu'ils planifient leurs ressources et les affectent, puisqu'elles permettront d'assurer une surveillance financière rigoureuse et une gestion efficace et optimale des ressources de tout le système de santé local.

Le présent accord de rendement (« accord ») est représentatif de l'évolution des RLISS, de la transformation continue du système de santé de l'Ontario et de l'importance de la responsabilisation entre le MSSLD et les RLISS. Il vient remplacer l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS (« ERMR ») pour la période allant du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2010, qui exprimait le lien entre les deux parties à l'époque et qui détaillait le processus et le fonctionnement.

Le présent accord constitue un document muni du cadre de responsabilisation définissant les rôles, responsabilités et responsabilisation du MSSLD et des RLISS. La *Loi de 2006 sur*

l'intégration du système de santé local, (« LISSL ») constitue une autre mesure de responsabilisation. Elle définit le cadre légal des RLISS à l'égard de leurs fournisseurs de services de santé et exige que les RLISS et le MSSLD signent une entente de responsabilisation. Le protocole d'entente (PE) conclu entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS constitue une exigence du Conseil de gestion de la Directive sur l'établissement et l'obligation de rendre compte des organismes du gouvernement. Le but du protocole d'entente est de préciser le lien entre le ministère et les RLISS en leur qualité de mandataires de la Couronne.

Les trois documents, c'est-à-dire la LISSL de 2006, le protocole d'entente et le présent accord de rendement, définissent le cadre de responsabilisation entre le MSSLD et les RLISS. De plus, les conseils des RLISS produisent des déclarations de conformité trimestrielles, les chefs de la direction des RLISS se réunissent chaque trimestre avec le MSSLD pour procéder à une évaluation du rendement et les RLISS présentent des rapports trimestriels financiers et des risques détaillés.

L'accord ne vient pas modifier les sujets couverts par les lois et règlements, les directives gouvernementales, les accords interministériels, les accords intergouvernementaux et les normes des programmes provinciaux.

Section 1 – Principal objectif de l'accord

- 1.1 Pour faire suite à la LISSL, le présent accord appuie la relation de mandataire entre le MSSLD et les RLISS afin de réaliser la solution ontarienne visant à améliorer la santé des Ontariens grâce à un meilleur accès à des services de grande qualité, à coordonner et à intégrer les soins de santé dans les systèmes de santé locaux et à gérer le système de santé à l'échelle locale de façon efficace et optimale. Il est essentiel que tous les RLISS maintiennent des politiques et procédures uniformes afin de répondre aux priorités locales qui appuient l'objectif d'un système de santé provincial intégré et unique.
- 1.2 Le but du présent accord est de définir les ententes mutuelles entre le MSSLD et les RLISS à l'égard de leurs obligations de rendement respectives pendant la période allant du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2012, qui englobe les exercices financiers 2010-2011 et 2011-2012. Il s'agit d'une entente de responsabilisation pour l'application de l'article 18 de la LISSL.
- 1.3 Le RLISS est tenu de gérer son rendement et le rendement du système de santé local tel qu'énoncé dans le présent accord et en faisant usage de son autorité en vertu de la loi. Le MSSLD a la responsabilité de collaborer avec le RLISS pour parvenir à ces fins. Le MSSLD et le RLISS reconnaissent que certains problèmes pouvant survenir au sein du système de santé local peuvent exiger qu'ils collaborent en vue de trouver des solutions et de prendre des décisions et des mesures.

Section 2 – Principes

- 2.1 **Les deux parties** s'acquitteront des responsabilités et obligations selon des principes qui tiennent compte des éléments suivants :
 - a) alignement avec les priorités gouvernementales;
 - b) uniformité;

- c) amélioration du rendement;
- d) souplesse;
- e) ouverture et transparence;
- f) innovation et créativité;
- g) durabilité du système de santé grâce à une saine gestion financière;
- h) caractère réalisable des objectifs;
- i) soins de qualité;
- j) soins axés sur les patients

Section 3 – Définitions et interprétation

3.1 Dans toutes les annexes, les termes qui suivent ont la signification précisée ci-après :

« **accord** » s'entend du présent accord, y compris ses annexes, et de tout acte modificatif;

« **plan de services annuel** » s'entend du plan d'affectation du financement reçu du MSSLD par le RLISS et incorporé dans l'entente en vertu de l'alinéa 18 (2) d) de la Loi;

« **collectivité** » s'entend au sens du paragraphe 16 (2) de la Loi;

« **rapport de synthèse** » s'entend d'un rapport exposant les revenus et les dépenses du RLISS relatifs au fonctionnement du RLISS et aux transferts aux fournisseurs de services de santé, ainsi que les comptes de bilan reliés au fonctionnement du RLISS

« **cybersanté** » s'entend de l'utilisation coordonnée et intégrée de systèmes électroniques et de technologies de l'information et des communications pour faciliter la collecte, l'échange et la gestion de renseignements médicaux personnels afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité, la productivité et la durabilité du système de santé. Les domaines clés d'application de la cybersanté en Ontario incluent, sans s'y limiter :

- Les systèmes électroniques de renseignements médicaux (p. ex. : dossiers de santé électroniques, systèmes d'information des hôpitaux, systèmes électroniques de renvoi et de planification, systèmes d'imagerie et d'archivage numériques, systèmes de gestion des maladies chroniques, systèmes d'information de laboratoire, systèmes d'information sur les médicaments et systèmes d'ordonnances électroniques)
- Les systèmes électroniques d'accès aux renseignements médicaux (p. ex. : portails de fournisseurs, cybersanté pour les clients)
- Systèmes habilitants sous-jacents (p. ex. : registres des clients, fournisseurs et utilisateurs, couche d'accès aux renseignements médicaux)
- Systèmes de prestation de soins de santé à distance (p. ex. : services de télémédecine)

« **cyberSanté Ontario** » s'entend de l'organisme gouvernemental se rapportant au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, une organisation sans capital-

actions créée et poursuivie dans le Règlement de l'Ontario 43/02 adopté en vertu de la *Loi sur les sociétés de développement*.

« **exercice financier** » s'entend au sens de période allant du 1^{er} avril au 31 mars.

« **fournisseur de services de santé** » s'entend au sens du paragraphe 2 (1) de la LISSL.

« **PSSI** » s'entend du plan de services de santé intégrés et « plan de services de santé intégrés » s'entend au sens du paragraphe 2 (1) de la Loi.

« **principal objectif** » s'entend au sens de la **Section 1 du présent accord**.

« **rapport périodique** » s'entend d'un rapport comportant un état des revenus du RLISS, des dépenses réelles de fonctionnement du RLISS et de transfert jusqu'à la date du rapport et des dépenses prévisionnelles de fonctionnement du RLISS et de transfert, ainsi que l'explication des écarts entre les dépenses prévisionnelles et les revenus, et enfin un exposé des risques financiers et de ceux liés au rendement;

« **annexe** » s'entend de l'une des annexes de l'accord et « annexes » s'entend de deux ou plusieurs d'entre elles, y compris les suivantes :

1. Dispositions générales;
2. Gestion des programmes des systèmes de santé locaux;
3. Financement et affectations;
4. Rendement du système de santé local;
5. Rapports intégrés.

« **entente de responsabilisation en matière de services** » s'entend de l'entente de responsabilisation en matière de services que doivent conclure le RLISS et le fournisseur de services de santé en vertu du paragraphe 20 (1) de la Loi.

« **fin d'exercice** » s'entend de la fin d'un exercice financier.

3.2 L'expression « **enveloppes de financement spécifiquement affectées** » relativement à un service précis s'entend de la somme que le RLISS doit utiliser pour financer la prestation du service et :

- a) Le RLISS peut, à sa discrétion, affecter des fonds supplémentaires pour le service;
- b) Si l'enveloppe de financement spécifiquement affectée ne sert pas à offrir le service précis, elle sera réaffectée par le RLISS avec l'approbation préalable du MSSLD ou retournée au MSSLD.

Section 4 – Responsabilités des parties

4.1 Le MSSLD s'acquitte des obligations de rendement et fournit les livrables reliés au rendement précisés dans les annexes, conformément aux dispositions de l'accord.

4.2 Le RLISS s'acquitte des obligations de rendement et fournit les livrables reliés au

rendement précisés dans les annexes, conformément aux dispositions de l'entente. Les livrables sont incorporés dans les rapports trimestriels des RLISS au MSSLD prévus dans les annexes.

4.3 Les parties collaborent et coopèrent en vue :

- (a) de faciliter la réalisation des exigences de l'accord;
- (b) de promouvoir la durabilité et une utilisation efficace des ressources financières;
- (c) de mettre au point des obligations de rendement claires et réalisables en matière de service et de questions financières et de repérer les risques d'inexécution;
- (d) d'établir clairement les modalités de communication et les responsabilités respectives;
- (e) de régler les problèmes de manière diligente, proactive et opportune.

4.4 Le RLISS a la responsabilité de gérer son rendement et le rendement du système de santé local, conformément à l'accord et en vertu de l'autorité qui lui est conférée par la Loi. Le MSSLD a la responsabilité de collaborer avec le RLISS pour parvenir à ces fins. Le MSSLD et le RLISS reconnaissent que certains problèmes au sein du système de santé local peuvent exiger qu'ils collaborent en vue de trouver des solutions et de prendre des décisions et des mesures.

Section 5 – Amélioration du rendement

5.1 Les parties s'engagent à adopter et à suivre une méthode prévoyante et attentive d'amélioration du rendement basée sur les principes suivants :

- a) engagement envers une gestion financière prudente;
- b) engagement envers l'amélioration continue du rendement au moyen de l'innovation et de la créativité;
- c) prédilection pour la résolution de problèmes;
- d) vigilance quant au risque relatif d'inexécution.

5.2 Chacune des parties s'oblige à informer l'autre par écrit dans les meilleurs délais de tout élément susceptible d'entraver notablement sa capacité de s'acquitter de ses obligations en vertu de l'entente (« facteur susceptible d'entraver le rendement »), en précisant notamment toute mesure corrective qu'elle prend ou envisage de prendre afin de remédier au problème de rendement. La partie recevant un tel avis écrit en accuse réception dans un délai de cinq jours ouvrables suivant la date de celui-ci. Les parties convoquent une rencontre dans un délai d'un mois civil suivant la date de l'avis pour évoquer le facteur susceptible d'entraver le rendement.

5.3 Pendant la rencontre, et conformément aux principes énoncés au paragraphe 5.1, les parties :

- a) évoquent les causes du facteur susceptible d'entraver le rendement;
- b) évoquent l'impact du facteur susceptible d'entraver le rendement et déterminent s'il entraîne un risque « faible », « modéré » ou « élevé » d'inexécution des obligations prévues par l'entente;
- c) arrêtent les dispositions à prendre dans le cadre du processus d'amélioration du

rendement, en vue d'atténuer l'impact du facteur susceptible d'entraver le rendement;

- d) discutent de la pertinence d'exiger des révisions ou des modifications aux obligations de rendement de l'une des parties.

5.4 Lorsqu'un facteur susceptible d'entraver le rendement survient du côté du RLISS, le MSSLD décidera des mesures correctives visant à améliorer le rendement, selon la portée, l'exposition ou le degré du risque.

Section 6 – Prochain accord MSSLD-RLISS

6.1 Les parties concluront un nouvel accord en vertu de l'article 18 de la Loi et qui entrera en vigueur à la fin du présent accord. Si les deux parties ne concluent pas de nouvel accord d'ici le 1^{er} avril 2012, le présent accord demeurera en vigueur jusqu'à la signature d'un nouvel accord. Les parties feront tout en leur pouvoir pour conclure un nouvel accord dès qu'elles seront en mesure de le faire.

Section 7 – Dispositions générales

- 7.1 Toute modification de l'entente est exécutoire uniquement si elle est consignée par écrit et signée par le mandataire de chacune des parties.
- 7.2 Le RLISS ne cédera aucun droit, obligation ou intérêt en vertu du présent accord sans le consentement écrit du MSSLD.
- 7.3 Si la date de remise d'un document tombe un samedi ou un dimanche ou un jour férié reconnu par le MSSLD, le document doit être remis le jour ouvrable suivant.
- 7.4 Chaque annexe s'applique aux exercices financiers 2010 à 2012, sauf indication contraire dans le texte de celle-ci. Certaines des obligations de rendement d'une annexe peuvent s'appliquer à un exercice financier seulement, comme indiqué dans ladite annexe.
- 7.5 Chaque partie communique avec l'autre par l'intermédiaire des personnes suivantes au sujet des questions reliées à l'accord :

Au MSSLD :

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé
Édifice Hepburn, 10^e étage
80 Grosvenor Street
Toronto (Ontario) M7A 1R3

À l'attention du :

Sous-ministre adjoint
Responsabilisation et performance du système de santé

Télééc. : 416-212-1859

Téléphone : 416-212-1134

Copie à :

Directeur, Direction de la liaison avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé

Édifice Hepburn, 5^e étage

80, rue Grosvenor

Toronto (Ontario) M7A 1R3

Télééc. : 416-326-0018

Téléphone : 416-314-1864

Conclu ce 1^{er} avril 2010 par :

Au RLISS :

RLISS du Centre
140 Allstate Parkway, bureau 210
Markham, Ontario L3R 5Y8

À l'attention du : Président

Télééc. : 905-948-8011

Tél. : 905-948-1872

Copie à :

RLISS du Centre
140 Allstate Parkway, bureau 210
Markham, Ontario L3R 5Y8

À l'attention du : Chef de la direction

Télééc. : 905-948-8011

Tél. : 905-948-1872

Sa Majesté du chef de l'Ontario, représentée par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée :

Voir la version anglaise ci-jointe pour la signature originale

L'honorable Deb Matthews
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre

Par :

Voir la version anglaise ci-jointe pour la signature originale

Kenneth A. Morrison
Président

ANNEXE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

PARTIE A OBJECTIF DE L'ANNEXE 1

- Définir les obligations générales du MSSLD et du RLISS sous-jacentes à leurs rôles et responsabilités.

PARTIE B RÔLES ET RESPONSABILITÉS D'ORDRE GÉNÉRAL

Priorités gouvernementales et stratégies provinciales

1. Le **MSSLD** :

- a) établira les priorités du système de santé provincial et communiquera ces priorités aux RLISS. Ces priorités peuvent faire l'objet d'une révision de temps à autre afin d'être représentatives des changements aux priorités gouvernementales au fil de l'évolution du système de santé;
- b) peut définir des stratégies provinciales pour soutenir la réalisation des priorités gouvernementales concernant le système de santé et déterminer toutes spécifications et conditions de financement, y compris l'enveloppe de financement spécifiquement affectée, en lien avec ces stratégies et les communiquer au RLISS;

2. Le **RLISS** :

- a) travaillera avec le MSSLD et les fournisseurs de services de santé locaux du RLISS afin de réaliser les priorités gouvernementales dans son système de santé local;
- b) travaillera avec le MSSLD et les fournisseurs de services de santé du RLISS pour mettre en œuvre les stratégies provinciales en fonction de toute spécification ou condition de financement, y compris une enveloppe de financement spécifiquement affectée, tel qu'établi par le MSSLD.
- c) travaillera en collaboration avec Qualité des services de santé Ontario afin de soutenir les exigences en matière d'amélioration de la qualité des hôpitaux en vertu de la LEST.

Uniformité

3. Le **MSSLD** :

- a) établira des préoccupations et des mesures exigeant une uniformité de la part de tous les RLISS et définira les principes et paramètres auxquels devront se conformer les RLISS pour l'élaboration de politiques, de procédures et de pratiques afin d'obtenir l'uniformité;
- b) consultera les RLISS sur les principes et pourra, à sa discrétion, les consulter sur les paramètres.

4. Le **RLISS** :

- a) travaillera avec d'autres RLISS afin de déterminer des préoccupations et des mesures exigeant une approche cohérente;
- b) définira et mettra en œuvre les procédures et pratiques basées sur les critères du MSSLD le cas échéant et nécessaires pour obtenir l'uniformité.

Coordination et intégration du système local

5. Le **RLISS** :

- a) élaborera, mettra en œuvre et surveillera la réalisation du Plan d'intégration des services de santé représentatif des priorités locales et des besoins en services.
- b) travaillera avec ses fournisseurs de soins de santé et d'autres RLISS en ayant recours aux ressources disponibles au sein du système de santé local afin d'améliorer la gouvernance, la coordination et l'intégration de la prestation de soins de santé dans tout le continuum des soins et entre et parmi les RLISS;
- c) optimisera et utilisera la capacité et le plein potentiel de ses centres d'accès aux soins communautaires (CASC).

Engagement dans la collectivité

6. Le **RLISS** :

- a) procédera régulièrement à l'examen de ses stratégies et activités d'engagement dans la collectivité afin de les harmoniser aux pratiques exemplaires;
- b) Collaborera avec l'entité de planification des services de santé en français choisie par le ministère en vertu du Règlement de l'Ontario 515/09 pris en application de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local sur les questions prescrites dans le règlement, et respectera toutes les obligations énoncées dans l'entente qu'il doit conclure avec l'entité de planification des services de santé en français en vertu du règlement;
- c) exposera dans le rapport annuel ses activités en matière d'engagement dans la collectivité et les résultats des mesures de rendement connexes.

7. **Les deux parties** :

- a) travailleront ensemble à l'élaboration de directives pour l'engagement dans la collectivité, y compris des principes, des pratiques exemplaires et des indicateurs de rendement permettant d'évaluer l'efficacité des stratégies d'engagement dans la collectivité du RLISS;
- b) afficheront sur les sites Web publics du MSSLD et du RLISS les indicateurs de rendement pour l'engagement dans la collectivité et les résultats des mesures de rendement obtenus par le RLISS.

Gestion de l'information

8. Le **MSSLD** :

- a) élaborera et diffusera des normes relatives aux données, des définitions de la qualité en matière de données et un échéancier de production de rapports;
- b) établira, en collaboration avec le RLISS, des exigences en matière de données et d'information pour le RLISS afin de soutenir l'infrastructure de données pour les besoins opérationnels du RLISS;
- c) recevra les données et l'information des fournisseurs de services de santé au nom du RLISS et procurera un accès opportun aux données appropriées afin de répondre aux besoins du système de soins de santé;

9. **Le RLISS :**

- a) Exigera des fournisseurs de services de santé qu'ils communiquent les données et les renseignements tels qu'énoncés aux paragraphes 8(a) et (b) au MSSLD, à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ou à un tiers en vertu des modalités des accords cédés au RLISS, des ententes de responsabilisation en matière de service ou de la Loi;
- b) Établira les exigences en matière de données et d'information du RLISS en vue d'appuyer l'analyse du RLISS à l'échelle locale et pour travailler en collaboration avec le MSSLD pour définir une méthodologie, une analyse cohérente des données et les rapports appropriés;
- c) Travaillera avec les fournisseurs de services de santé pour améliorer la qualité des données et la rapidité de leur publication au besoin.

10. **Les deux parties :**

- a) Éviteront le dédoublement des processus et de l'infrastructure de gestion des données et de l'information, détermineront et prioriseront les produits de données et d'information et simplifieront les exigences et échéanciers en matière de rapport pour le RLISS et les fournisseurs de services de santé.
- b) Continueront de travailler en collaboration afin de définir les données et d'en discuter, de proposer des stratégies pour pallier les lacunes en matière de données et d'information, d'aborder les exigences de gestion de l'information et les besoins au plan du soutien des décisions, de traiter les questions reliées aux normes, à la qualité des données et à tout autre thème pertinent relatif à la gestion de l'information.

Protocoles de conformité

11. Définitions Dans la présente section sur les protocoles de conformité :

- a) « FSLD » s'entend d'un foyer pour soins de longue durée;
- b) fournisseur de soins de longue durée s'entend d'un fournisseur de services de santé titulaire d'un permis d'exploitation d'un FSLD ou autorisé à exploiter un

FSLD.

12. Le **MSSLD** :

- a) Conservera son autorité en matière de conformité, d'inspection et d'exécution en vertu de la loi;
- b) À l'exception des dispositions au paragraphe 12(c), consultera le RLISS quand il envisagera les activités suivantes :
 - i) nommer un enquêteur ou un superviseur pour un fournisseur de services de santé régi par un statut particulier;
 - ii) demander à un fournisseur de services de santé de suspendre ou de cesser une activité ou reprendre le contrôle ou mettre fin aux activités d'un fournisseur de services de santé autre qu'un FSLD régi par une mesure législative;
 - iii) proposer de révoquer ou révoquer ou suspendre une approbation ou un permis d'un fournisseur de services de santé régi par une mesure législative;
 - iv) mettre fin à l'entente de supplément au loyer ou à l'entente d'exploitation d'un immeuble avec un fournisseur de services de santé qui offre des logements avec services de soutien et reçoit un financement du RLISS pour des services de soutien;
- c) Peut prendre toute mesure énoncée aux alinéas 12(b)(i) à (iv) sans consulter le RLISS lorsque le MSSLD juge qu'il en va de l'intérêt public ou lorsque le MSSLD juge qu'il doit exercer son pouvoir statutaire et qu'il ne dispose pas du temps nécessaire, compte tenu des circonstances, pour consulter le RLISS. Dans l'une ou l'autre de ces situations, le MSSLD informera le RLISS des mesures prises par lui dès dans des délais raisonnables;
- d) Sous réserve des paragraphes 12(a) et (b), usera de son pouvoir statutaire à sa discrétion et tel qu'exigé en vertu de la loi en ce qui concerne la délivrance de permis, l'approbation, l'inspection et l'exécution de la législation sur les FSLD, et il est entendu qu'il inspectera, le cas échéant, les fournisseurs de soins de santé de longue durée pour vérifier leur conformité avec la législation concernant les fonds en fiducie des résidents, les sommes versées par les résidents aux fournisseurs de soins de santé de longue durée et tout programme administré par le MSSLD;
- e) Informera le RLISS dans des délais raisonnables de toutes questions en lien avec la conformité, l'inspection et l'exécution dans les FSLD au moyen d'un calendrier de rapports fixé par une entente mutuelle.

13. Le **RLISS** :

- a) Exercera, dans sa gestion du système local de santé, son pouvoir légal et son autorité contractante au besoin ou tel qu'exigé en vertu de la loi, y compris la réalisation ou la demande de vérifications et de révisions des fournisseurs de services de santé autrement qu'en procédant à des inspections des FSLD comme celles effectuées par le MSSLD;
 - b) Effectuera, au besoin ou tel qu'exigé par la loi, des vérifications et des révisions des fournisseurs de soins de longue durée en lien avec des questions financières et de rendement autres que celles se rapportant à des programmes administrés par le MSSLD;
 - c) Consultera le MSSLD avant de prendre toute décision visant à réduire ou à mettre fin au financement versé à des fournisseurs de soins de longue durée qui pourrait se traduire par des conséquences négatives sur les soins prodigués aux résidents;
 - d) Informera le MSSLD :
 - i) Dans des délais raisonnables de tout manquement à un accord cédé, une entente de responsabilisation en matière de services ou une loi de la part du fournisseur, y compris les normes du programme;
 - ii) Dans des délais raisonnables des résultats de toute vérification ou révision d'un fournisseur de services de santé réalisée ou demandée par le RLISS et qui pourrait permettre au MSSLD de prendre toute mesure décrite aux alinéas 12 (b)(i) à (iv) contre le fournisseur de services de santé;
 - e) En plus des dispositions décrites au paragraphe 13 (d), informera le MSSLD :
 - (i) Dans des délais raisonnables si un fournisseur de soins de longue durée éprouve des difficultés financières pouvant faire en sorte qu'il ne se conforme pas avec les normes en matière de soins ou de droits des résidents en vertu de la législation sur les foyers pour soins de longue durée;
 - (ii) Immédiatement de toute question critique ou urgente en lien avec un non-respect allégué de la législation sur les foyers pour soins de longue durée.
14. **Les deux parties** prépareront conjointement des directives à l'intention du RLISS sur la façon de procéder à des vérifications, à des inspections et à des examens des fournisseurs de services de santé autres que les inspections réalisées en vertu de la législation sur les foyers pour soins de longue durée, afin d'assurer une cohérence entre les RLISS, le cas échéant, dans la gestion du système local de santé;

cyberSanté

15. Le **MSSLD** :
- (a) Demande l'avis, le cas échéant, du RLISS à propos des orientations et priorités stratégiques provinciales en matière de cybersanté.
 - (b) Fournit aux RLISS les orientations et priorités stratégiques provinciales en matière de cybersanté et leur communique toutes les mises à jour de ces orientations et priorités effectuées de temps à autre;

- (c) Fournit aux RLISS l'encadrement concernant l'alignement des orientations stratégiques provinciales en matière de cybersanté avec d'autres priorités et programmes du MSSLD;
- (d) Offre un appui aux RLISS et à cyberSanté Ontario, au besoin, dans la préparation de leur accord pour la mise en œuvre de projets particuliers de cybersanté;
- (e) Offre un financement aux RLISS pour la mise en œuvre de projets particuliers de cybersanté, tel que recommandé par cyberSanté Ontario ou tel que parrainé par le MSSLD;
- (f) Établit des normes techniques et de gestion de l'information en lien avec la cybersanté et, en consultation avec les RLISS, des échéanciers de mise en œuvre ou de conformité pour l'interopérabilité du système de santé en Ontario, y compris les normes en lien avec l'architecture, la technologie, la vie privée et la sécurité;
- (g) Définit et met en œuvre les politiques nécessaires à la réalisation ou au fonctionnement d'initiatives en matière de cybersanté.

16. Le **RLISS** :

- (a) Donne son avis au MSSLD et à cyberSanté Ontario, au besoin, concernant les orientations et priorités stratégiques provinciales en matière de cybersanté;
- (b) Prépare un plan annuel en matière de cybersanté qui s'harmonise avec les priorités en matière de cybersanté et les orientations stratégiques de la province;
- (c) Utilise le financement octroyé par le MSSLD pour mettre en œuvre les initiatives particulières approuvées en matière de cybersanté;
- (d) Inclut les engagements en matière de cybersanté dans les ententes de responsabilisation en matière de services qu'il conclut avec les fournisseurs de services de santé, y compris les engagements suivants :
 - se conformer aux normes techniques et de gestion de l'information, y compris celles en lien avec l'architecture, la technologie, la vie privée et la sécurité, établies à l'intention des fournisseurs de services de santé par le MSSLD ou le RLISS à l'intérieur des délais fixés par le MSSLD ou le RLISS, le cas échéant;
 - mettre en œuvre et utiliser les solutions provinciales approuvées en matière de cybersanté établies dans le plan de cybersanté du RLISS;
 - mettre en œuvre les solutions techniques compatibles ou interexploitables avec le plan directeur provincial et le plan de cybersanté du RLISS.
- (e) Exposer les initiatives en matière de cybersanté dans son rapport annuel.

17. Les deux parties travailleront ensemble et conjointement avec cyberSanté Ontario au besoin pour :

- (a) Participer à des tribunes pour discuter de questions de cybersanté à l'échelle provinciale afin de déterminer des options pour appuyer le déploiement d'initiatives en matière de cybersanté et de questions en lien avec la cybersanté, y compris les besoins des systèmes de santé locaux, les défis et les possibilités ainsi que les normes, définitions et cadres architecturaux de cybersanté;
- (b) s'informer mutuellement de questions ou initiatives importantes qui contribuent aux enjeux stratégies et plans de travail provinciaux ou locaux en matière de cybersanté ou qui ont un impact sur eux.

Immobilisations - dispositions générales

- 18. Le **MSSLD** évaluera les recommandations faites par le RLISS concernant les besoins en immobilisations du système de santé local.
- 19. Le **RLISS** fera des recommandations au MSSLD concernant les besoins en immobilisations du système de santé local.
- 20. **Les deux parties** travailleront ensemble à la mise en œuvre du cadre de planification des immobilisations élaboré conjointement pour les premières phases de planification des immobilisations (période précédant l'attribution des immobilisations, proposition et programme fonctionnel).

Initiatives d'immobilisations

- 21. a) Définitions. En référence à l'examen des immobilisations et aux processus d'approbation énoncés aux paragraphes 21 à 24 :

« initiatives d'immobilisations » s'entend de toute initiative d'un fournisseur de services de santé en lien avec la construction, la réfection ou la rénovation d'installations ou d'un emplacement non financés à même leurs propres capitaux ou financés à même le Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé (FRISS).

« approbation » s'entend de la recommandation au MSSLD, par le Conseil d'administration d'un RLISS, des éléments programmes et services du projet d'immobilisations d'un fournisseur de services de santé, tel qu'énoncé dans les directives applicables.

b) Examen des immobilisations et processus d'autorisation : l'examen des immobilisations et les processus d'autorisation comptent trois premières phases de planification du projet : (i) période précédant l'attribution des immobilisations; (ii) proposition; (iii) programme fonctionnel. Chacune de ces phases se divise en deux parties : (i) Partie A : Éléments programmes et services; (ii) Partie B : Éléments physiques et de coûts. À chaque phase, le RLISS examinera la Partie A de chaque projet et informera le MSSLD de la cohérence de l'initiative proposée avec les plans du système de santé local et de sa priorité relative en lien avec d'autres initiatives. Le MSSLD tiendra compte de l'avis du RLISS en ce qui a trait à la Partie A au moment d'étudier les parties A et B et d'établir si l'initiative peut passer à la phase suivante.
- 22. Le **MSSLD** :

- a) En tenant compte de l'avis ou de l'approbation d'un RLISS, le cas échéant, examinera les parties A et B de la proposition du fournisseur de services de santé pour la période précédant l'attribution des immobilisations, ainsi que les projets de programme fonctionnel, et établira si l'initiative peut passer à la phase suivante.
- b) Advenant le cas où le processus d'examen du MSSLD entraîne, à l'une ou l'autre des phases, un changement matériel à la présentation de la partie A de cette phase, le MSSLD demandera au RLISS de réexaminer son avis ou approbation, le cas échéant, avant que le MSSLD établisse si le projet révisé peut être autorisé et passer à la phase suivante.

23. **Le RLISS :**

- a) Examinera la Partie A de chaque proposition du fournisseur de services de santé pour la période précédant l'attribution des immobilisations, la proposition et le programme fonctionnel sur la base des directives applicables;
- b) Donnera un avis sur la cohérence des éléments programmes et services énoncés dans la Partie A avec les besoins du système de santé local;
- c) Lorsque la Partie A est cohérente avec les besoins du système de santé local, donnera son approbation;
- d) Lorsque l'examen du MSSLD à l'une ou l'autre des phases entraîne un changement matériel à la présentation de la partie A de cette phase, le RLISS étudiera les révisions et donnera un avis ou une approbation au MSSLD, tel qu'énoncé aux points (b) et (c) plus haut, sur la Partie A révisée.

24. **Les deux parties** travailleront ensemble pour garantir l'harmonisation avec le programme local et provincial ainsi que l'harmonisation entre les programmes et services et les éléments physiques et de coûts de la demande du fournisseur de services de santé au cours des premières phases de planification.

Projets financés à même les fonds propres

25. L'expression « Projets financés à même les fonds propres » signifie des projets d'immobilisations financés par un hôpital public sans financement d'immobilisations provenant du gouvernement de l'Ontario, y compris du MSSLD et du RLISS.

26. **Les deux parties** travailleront ensemble à :

- (a) Permettre au RLISS de donner son avis sur la cohérence d'un projet d'un hôpital public financé à même les fonds propres avec les besoins du système de santé local au cours des processus de révision et d'approbation, y compris les phases couvrant la période précédant l'attribution des immobilisations, la proposition et le programme fonctionnel
- (b) Transférer le processus de révision et d'approbation de projets financés à même les fonds propres du MSSLD au RLISS, au besoin, et sous réserve de tout critère d'admissibilité établi par le MSSLD pour ces projets.

Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé (FRISS) et Plan fonctionnel après travaux

- 27.(a) « FRISS » s'entend du Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé mis sur pied pour offrir des subventions en immobilisations d'un montant habituellement inférieur à 1 million de dollar pour la réfection ou la rénovation d'un hôpital public.
- (b) « plan fonctionnel après travaux » s'entend du financement du plan fonctionnel après travaux octroyé à un hôpital public du système de santé local pour un élargissement de ses services et autres coûts en lien avec l'achèvement d'un projet d'immobilisations approuvé.
28. Le **MSSLD** établira le montant de l'enveloppe de financement spécifiquement affectée pour le financement offert par le FRISS et le financement du plan fonctionnel après travaux à un hôpital public du système de santé local pour chaque exercice financier, y compris toute condition à ce financement;
29. Le **RLISS** aura recours à l'enveloppe de financement spécifiquement affectée au FRISS et au plan fonctionnel après travaux pour octroyer un financement aux hôpitaux publics conformément aux conditions d'un tel financement et intégrera toute condition liée au financement aux ententes de responsabilisation en matière de services conclues avec les hôpitaux publics.

Gestion des urgences

30. **Les deux parties** établiront conjointement des directives ou protocoles visant à préciser les rôles et responsabilités en lien avec la gestion des urgences.

Obligations générales de rendement

31. Le **MSSLD** :
- a) Fournira au RLISS, et établira au besoin, les normes provinciales (telles que les normes et politiques opérationnelles, financières et de service, les manuels de fonctionnement et l'admissibilité au programme), les directives et les lignes directrices s'appliquant aux fournisseurs de services de santé, et fournira également au RLISS les manuels de programmes pertinents;
32. Le **RLISS** :
- a) Fournira un certificat de conformité au MSSLD selon la forme et le fond, comme l'exige le MSSLD;
 - b) Exigera des fournisseurs de services de santé qu'ils offrent les services financés par le RLISS en conformité avec la législation ainsi qu'avec les normes provinciales, directives et lignes directrices fournies en vertu de l'alinéa 31 (a) plus haut;
 - c) S'acquittera des obligations du MSSLD dans tout accord pouvant être cédé au RLISS.
 - d) À compter du 1^{er} avril 2011, respectera son obligation de préparer des attestations en vertu de l'article 14 de la *Loi de 2010 sur la responsabilisation du secteur parapublic*, y compris l'exigence de publier les attestations sur le site Web du RLISS;

- e) exigera que les fournisseurs de services de santé, en vertu de l'entente de responsabilisation en matière de services conclue avec le RLISS, se conforment aux exigences de la *Loi de 2010 sur la responsabilisation du secteur parapublic*.
- 32.1 Le RLISS réduira de 10 p. cent les coûts de son bureau administratif au cours des exercices 2011-2012 et 2012-2013, et procédera à une réduction minimale des coûts de 5 p. cent au cours de l'exercice 2011-2012. Les bureaux administratifs se composent du bureau du chef de la direction du RLISS et de celui de chaque membre de la haute direction du RLISS relevant directement du chef de la direction. Les coûts des bureaux administratifs englobent tous les coûts de ces bureaux, y compris la surface de bureaux, les fournitures, les salaires et traitements des cadres et employés des bureaux, les conférences organisées pour ou par ces bureaux ainsi que les frais de déplacement des cadres et employés de ces bureaux. Le RLISS fera rapport chaque année au MSSLD au sujet de la réduction des coûts dans les bureaux administratifs, comme l'exige le MSSLD. Le MSSLD et le RLISS travailleront en collaboration pour définir les bureaux administratifs et les coûts des bureaux administratifs du RLISS compris aux fins de la présente section.
- 32.2 Le RLISS exigera aussi que les hôpitaux et les CASC réduisent les coûts de leurs bureaux administratifs de 10 p. cent au cours des exercices 2011-2012 et 2012-2013 en modifiant leurs ententes de responsabilisation avec les hôpitaux et les CASC pour y inclure cette exigence. Les bureaux administratifs des hôpitaux et des CASC se composent du bureau du chef de la direction, du directeur de l'exploitation ou directeur administratif, ainsi que du bureau de chaque membre de la haute direction d'un hôpital ou CASC relevant directement du chef de la direction, du directeur de l'exploitation ou du directeur administratif. Les coûts des bureaux administratifs englobent tous les coûts de ces bureaux, y compris la surface de bureaux, les fournitures, les salaires et traitements des cadres et employés des bureaux, les conférences organisées pour ou par ces bureaux ainsi que les frais de déplacement des cadres et employés de ces bureaux. Le RLISS fera rapport chaque année au MSSLD au sujet de la réduction des coûts dans les bureaux administratifs des hôpitaux et CASC, comme l'exige le MSSLD.

PARTIE C	RÉVISION ET MISE À JOUR ANNUELLES
-----------------	--

33. Les annexes feront l'objet d'une révision et d'une mise à jour annuelles au besoin pour être plus représentatives de l'objectif principal, dans un délai de 120 jours suivant l'annonce du budget du gouvernement de l'Ontario :

ANNEXE 2 : GESTION DE PROGRAMME SPÉCIFIQUE - SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL

PARTIE A	OBJECTIF DE L'ANNEXE 2
-----------------	-------------------------------

- Établir la responsabilisation et la responsabilité du MSSLD et des RLISS dans la gestion de programmes spécifiques au sein du système de santé local.

PARTIE B	PARAMÈTRES DE RENDEMENT DE PROGRAMMES SPÉCIFIQUES
-----------------	--

Programmes provinciaux

1. Le MSSLD et le RLISS s'engagent à établir un système coordonné et efficace de gestion de programmes provinciaux. Ces programmes sont appuyés par des normes et directives provinciales.
2. Le **MSSLD** :
 - (a) Déterminera les programmes provinciaux et les communiquera aux RLISS. Ces programmes peuvent faire l'objet d'une révision de temps à autre afin d'être représentatifs du besoin d'avoir une coordination centralisée à l'extérieur de la portée de tout RLISS ou pour définir des services hautement spécialisés disponibles dans un nombre limité d'endroits dans la province;
 - (b) Déterminera toute spécification et condition de financement, y compris une enveloppe de financement spécifiquement affectée en lien avec ces programmes provinciaux et les communiquera au RLISS;
 - (c) Établira :
 - (i) des critères permettant d'évaluer et de réviser les programmes provinciaux;
 - (ii) les rôles et responsabilités en lien avec la prestation des programmes provinciaux;
 - (iii) les processus de gestion, de surveillance et d'évaluation du rendement.
3. Le **RLISS** :
 - a) travaillera avec le MSSLD au déploiement de nouveaux programmes au besoin;
 - b) surveillera la prestation locale des programmes provinciaux et fera rapport au MSSLD conformément aux spécifications et conditions établies par le MSSLD;
 - c) travaillera avec d'autres RLISS afin de coordonner la prestation des services offerts par les programmes provinciaux.

Autres programmes

- 3.1.1 Il peut exister d'autres programmes dont les RLISS sont responsables et pour lesquels le MSSLD voudra établir certaines attentes et exigences; dans une telle éventualité, le MSSLD informera le RLISS des attentes et exigences pour un programme en particulier.
- 3.1.2 Si le MSSLD informe le RLISS d'attentes et exigences pour un programme en particulier, le RLISS exigera des fournisseurs de services de santé qui offrent ce programme qu'ils offrent les services conformément aux attentes et exigences définies par le MSSLD.

Transfert de programmes ministériels

3.2.1. Définitions

Aux fins de l'Annexe 2, les termes qui suivent ont la signification précisée ci-après.

« **RLISS principal** » s'entend du RLISS choisi par le MSSLD pour administrer un programme à l'échelle de la province à la suite de son transfert.

« **modèle de RLISS principal** » s'entend d'un modèle de financement et d'administration qui permet à un seul RLISS d'assumer la responsabilité d'un programme à l'échelle provinciale;

« **programme à l'échelle provinciale** » s'entend d'un programme à l'échelle provinciale financé par le MSSLD au moyen d'un seul fournisseur de services de santé;

- 3.2.2 Lorsque le MSSLD choisit de transférer la responsabilité d'un programme à l'échelle provinciale aux RLISS, le MSSLD désignera un RLISS principal ainsi que les modalités applicables au financement et à l'administration du programme à la suite de son transfert, et communiquera cette information à tous les RLISS. Lorsque les RLISS informent le MSSLD que le transfert de responsabilité du programme à l'échelle provinciale a été accepté, le MSSLD ajoutera la responsabilité du programme transféré à son entente de responsabilisation conclue avec le RLISS principal.

3.2.3 Le RLISS

- (i) Étudiera et répondra à toute demande du MSSLD visant à transférer la responsabilité d'un programme à l'échelle provinciale aux RLISS, conformément aux modalités de l'« accord relatif au transfert de programmes provinciaux » entré en vigueur le 1^{er} avril 2011, aussi connu sous le nom d'accord relatif au modèle de RLISS principal;
- (ii) Se conformera à toutes modalités de programme établies par le MSSLD relatives au programme transféré;
- (iii) Administrera le programme transféré conformément aux modalités de l'accord relatif au modèle de RLISS principal;
- (iv) Publiera un exemplaire de l'accord relatif au modèle de RLISS principal sur son site Web;
- (v) Confirmera tout changement proposé à l'accord relatif au modèle de RLISS principal auprès du MSSLD avant sa mise en œuvre.

- 3.2.4 Au besoin, les RLISS et le MSSLD peuvent revoir la gouvernance et l'administration de chaque programme provincial transféré.

Foyers pour soins de longue durée

4. Définitions dans la présente section sur les foyers pour soins de longue durée :
- a) « entente d'attestation et de consentement » s'entend d'une entente conclue entre le MSSLD, l'exploitant d'un FSLD et un ou plusieurs prêteurs ou parties garanties, en vertu de laquelle le MSSLD a consenti à, ou a accepté de consentir à, l'un des éléments suivants : (a) une hypothèque sur biens-fonds associés au FSLD, (b) cession d'une entente d'aménagement avec le MSSLD ou (c) cession d'une entente de service. Le ministère ne conclut habituellement plus d'ententes d'attestation et de consentement depuis le 1^{er} juillet 2010.
 - b) « allocation journalière de subvention pour le financement de la construction » s'entend de toute allocation journalière versée en vertu d'une entente d'aménagement;
 - c) « entente d'aménagement » s'entend d'une entente conclue entre le MSSLD et un fournisseur de soins de longue durée pour créer, mettre à niveau, rénover ou réaménager des lits en FSLD;
 - d) « politiques de financement » s'entend des politiques de financement et de gestion financière établies par le MSSLD pour les FSLD. Les politiques de financement définissent les taux, sommes et enveloppes de tout le financement octroyé aux fournisseurs de soins de longue durée par le MSSLD ou le RLISS, y compris le taux d'allocation journalière et les enveloppes d'allocation journalière, le financement des infirmières auxiliaires pour des projets liés aux foyers de soins de longue durée, et tout autre financement. Les politiques de financement viennent aussi définir les conditions applicables au financement, les règles de conciliation pour le financement, ainsi que la forme, la manière, le contenu et la date de présentation des rapports;
 - e) « FSLD » s'entend d'un foyer de soins de longue durée;
 - f) « protocole relatif aux FSLD » s'entend du document portant sur le protocole relatif aux foyers de soins de longue durée rédigé et modifié par le MSSLD;
 - g) « LFSLD » s'entend de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et ses règlements;
 - h) « fournisseur de soins de longue durée » s'entend d'un fournisseur de services de santé titulaire d'un permis au sens de l'alinéa 2 (1) de la LFSLD.
 - i) « Autre financement » s'entend du financement de lits dans les FSLD versé conformément aux politiques de financement autres que le financement versé conformément aux paragraphes 12 et 14, et qui inclut, sans s'y limiter :
 - Prime d'accréditation
 - Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux (FAPSS)
 - Financement des services de laboratoire
 - Financement des taxes municipales

- Financement de la péréquation
 - Financement du RAI-MDS
 - Financement d'un service de médecin de garde;
- j) « entente de services » s'entend d'une entente en vertu de laquelle un financement est octroyé à un fournisseur de soins de longue durée et comprend une entente de responsabilisation en matière de services;
- k) « entente de responsabilisation en matière de services » s'entend de l'entente de responsabilisation en matière de services intervenue entre un RLISS et un fournisseur de soins de longue durée et exigée par l'article 20 de la LISSL.

FSLD - taux de financement quotidien total

5. Le **MSSLD** :

- a) Établira les politiques de financement et le montant qu'un fournisseur de soins de longue durée peut recevoir du MSSLD et des RLISS en vertu des politiques de financement;
 - b) Communiquera au RLISS les politiques de financement ainsi que le montant du financement qui sera octroyé par le RLISS au fournisseur de soins de longue durée.
 - c) Fixera tout financement net inutilisé prévu pour tous les RLISS qui, au 30 septembre de chaque exercice, n'est pas utilisé ou ne sera vraisemblablement pas utilisé par les fournisseurs de soins de longue durée, comme l'ont déclaré ces exploitants dans les rapports sur les recettes d'occupation;
 - d) Réaffectera une partie du financement net inutilisé prévu mentionné au paragraphe b) au RLISS si ce dernier prévoit dépasser son taux de financement quotidien pour les FSLD;
 - e) S'il reste des fonds nets inutilisés prévus après la réaffectation mentionnée au paragraphe c), affectera au RLISS d'ici le 31 décembre de chaque exercice une part du financement inutilisé proportionnellement au nombre de lits de soins de longue durée autorisés ou approuvés et en exploitation dans la région géographique du RLISS par comparaison au nombre total provincial de lits des foyers de soins de longue durée autorisés ou approuvés.
6. Le **LHIN** versera le financement octroyé en vertu du paragraphe 11 aux fournisseurs de soins de longue durée, conformément aux politiques de financement et en vertu des modalités d'une entente de responsabilisation en matière de services cohérente avec les politiques de financement et qui exige le respect de ces politiques.

FSLD - Financement des coûts de construction (FCC)

7. Le **MSSLD** :

- (a) déterminera le taux quotidien de FCC ainsi que les fournisseurs de soins de longue durée situés dans la région géographique du RLISS qui recevront le taux quotidien, ainsi que toutes conditions au financement et le nombre de lits pour lesquels le fournisseur de soins de longue durée recevra le taux quotidien de FCC;
 - (b) fournira le taux quotidien de FCC au RLISS.
8. Le **RLISS** versera le taux quotidien de FCC aux fournisseurs de soins de longue durée pour chaque lit approuvé ou autorisé mentionné au paragraphe 7 et exploité conformément avec les conditions liées au financement établies par le MSSLD, les lois applicables ou l'entente d'aménagement.

Chaque entente de responsabilisation en matière de services conclue entre le RLISS et le fournisseur de soins de longue durée pendant la durée du présent accord et à l'avenir contiendra une obligation pour le RLISS de fournir le taux quotidien de financement des coûts de construction au fournisseur de soins de longue durée pour la période établie dans l'entente d'aménagement particulière conclue pour des lits en particulier.

FSLD – Cession d'une entente de services de soins de longue durée

10. Advenant le cas où le **MSSLD** a conclu une entente d'attestation et de consentement avec un fournisseur de soins de longue durée et un ou plusieurs prêteurs du fournisseur de services de santé (prêteur) avant la promulgation de la LFSLD, le **RLISS** considérera le consentement du MSSLD de céder l'entente de services en vertu de l'entente d'attestation et de consentement au même titre que si le MSSLD avait offert le consentement au nom du RLISS.
11. Advenant le cas où une entente d'attestation et de consentement ou une entente d'aménagement conclue entre le MSSLD et le fournisseur de soins de longue durée stipule que le MSSLD demandera au RLISS de consentir à la cession d'une entente de services au prêteur ou à la personne désignée par le prêteur, le **RLISS** consentira à la cession de l'entente de services à cette personne si le MSSLD en fait la demande, et le consentement sera assujéti aux modalités semblables à celles de l'entente d'attestation et de consentement ou de l'entente d'aménagement, le cas échéant.
12. De plus, le RLISS ne refusera pas son consentement de manière déraisonnable à un prêteur ou à un séquestre ou administrateur-séquestre nommé par le prêteur ou sur ordonnance d'un tribunal, afin de céder ses droits, titres et intérêts ou ceux du fournisseur de soins de longue durée dans l'entente de services, en tout ou en partie, à toute autre partie, sous réserve des lois applicables.

Dans les cas où le **MSSLD** :

- (a) a conclu une entente d'aménagement avec un fournisseur de soins de longue durée ou un fournisseur de soins de longue durée proposé (un « exploitant »);
- (b) a consenti à accorder une sûreté à un prêteur en vertu de l'entente d'aménagement;
- (c) a demandé au RLISS de consentir à la cession des droits de l'exploitant en vertu d'une entente de responsabilisation en matière de services,

alors le **RLISS** :

- (i) s'engagera auprès du prêteur, à l'aide du formulaire uniformisé du MSSLD, à consentir à la cession des droits de l'exploitant en vertu de l'entente de responsabilisation en matière de service conclue entre l'exploitant et le RLISS;
- (ii) au moment de l'octroi d'un permis d'exploitation à l'exploitant à l'égard du foyer, et tant et aussi longtemps qu'un FCC sera versé à l'égard du foyer, consentira à accorder une sûreté dans l'entente de responsabilisation en matière de services conclue entre le RLISS et l'exploitant à l'égard du foyer, attendu que :
 - 1) la sûreté contenue dans l'entente de responsabilisation en matière de services ne peut être exercée que conjointement avec l'exercice d'une sûreté pour le permis d'exploitation des lits;
 - 2) la sûreté est assujettie à toutes les exigences et restrictions législatives applicables, y compris l'article 107 de la LFSLD et les paragraphes 2(2), 19 et 20 de la LISSL;
- (iii) modifiera le paragraphe 15.8 de l'entente de responsabilisation en matière de services à l'égard du foyer pour en supprimer la phrase suivante : « « Aucune cession ni sous-traitance ne peut libérer le fournisseur de services de santé de ses obligations en vertu du présent accord ni imposer toute imputabilité envers le RLISS à un cessionnaire ou sous-traitant. » »

FSLD - Lits en suspens

- 14. Aux paragraphes 15 et 16, l'expression « lits en suspens » s'entend des lits de soins de longue durée approuvés ou autorisés par le MSSLD, pour lesquels le fournisseur de soins de longue durée a obtenu l'autorisation écrite du directeur, DAPC, conformément avec la LFSLD, pour rendre ces lits non disponibles.
- 15. Le **MSSLD** examinera et pourra approuver les demandes de mise de lits en suspens sur la recommandation du RLISS tel qu'énoncé dans la politique sur les lits en suspens et le protocole relatif aux foyers de soins de longue durée .
- 16. Le **RLISS** peut demander au MSSLD l'autorisation d'utiliser temporairement l'enveloppe de financement disponible lorsqu'une demande de mise de lit en suspens est approuvée en vertu du paragraphe 15, et si le MSSLD approuve le montant en vertu du paragraphe 17, le RLISS utilisera cette somme conformément à l'autorisation, y compris toute condition pouvant être liée à l'approbation.
- 17. Le **MSSLD** examinera la demande décrite au paragraphe 16 et pourra consentir à ce que le RLISS utilise temporairement cette enveloppe de financement sous réserve des conditions pouvant être liées à l'approbation;

FSLD - Lits du programme de séjour de courte durée

- 18. Définitions aux paragraphes 18.1 et 19
 - a) « lits de convalescence » s'entend de lits de séjours de courte durée, approuvés et autorisés en vertu de la LFSLD, compris dans un programme de convalescence en séjour de courte durée auxquels les résidents peuvent être admissibles conformément aux règlements pris en application de la LFSLD.

- b) « enveloppe de financement spécifiquement affectée aux lits de convalescence » s'entend de l'enveloppe de financement spécifiquement affectée aux lits de convalescence financés au moyen de cette enveloppe en date du 31 mars 2008 ou antérieurement, tel qu'établi par le MSSLD et en fonction des ajustements faits de temps à autre par le MSSLD.
- c) « enveloppe de financement spécifiquement affectée aux lits provisoires » s'entend de l'enveloppe de financement spécifiquement affectée aux lits provisoires financés au moyen de cette enveloppe en date du 31 mars 2008 ou antérieurement, tel qu'établi par le MSSLD et en fonction des ajustements faits de temps à autre par le MSSLD.
- d) « lits provisoires » s'entend des lits approuvés ou autorisés en vertu de la LFSLD qui entrent dans la définition de « lit provisoire » conformément aux règlements pris en application de la LFSLD.
- e) « lits de relève en séjour de courte durée » s'entend des lits de séjour de courte durée approuvés ou autorisés en vertu de la LFSLD faisant partie d'un programme de relève en séjour de courte durée auxquels les résidents peuvent être admissibles conformément aux règlements pris en application de la LFSLD.

18.1. Le **MSSLD** :

- a) Déterminera le seuil minimal d'occupation des lits de relève en séjour de courte durée.
- b) Déterminera et octroiera l'enveloppe de financement spécifiquement affectée aux lits de convalescence et l'enveloppe de financement spécifiquement affectée aux lits provisoires;
- c) En consultation avec le RLISS, établira quels fournisseurs de soins de longue durée offriront les lits de convalescence et les lits provisoires ainsi que le nombre de ces lits qui seront financés à même les enveloppes de financement spécifiquement affectées aux lits de convalescence et aux lits provisoires;
- d) Établira les autres conditions de financement liées aux lits financés à même les enveloppes de financement spécifiquement affectées aux lits de convalescence et aux lits provisoires.

19. Le **RLISS** :

- a) Prendra les mesures indiquées en vue d'améliorer l'utilisation des lits de relève en séjour de courte durée;
- b) Pourra établir, à sa discrétion, un seuil d'occupation des lits de relève en séjour de courte durée supérieur au seuil minimal établi par le MSSLD;
- c) Désignera les fournisseurs de soins de longue durée qui pourront offrir des lits de relève en séjour de courte durée à même les lits approuvés et autorisés déjà en place et fixer le nombre de ces lits. ;

- d) Informera le MSSLD des questions dont il est fait mention à l'alinéa 18.1 (c);
- e) Se servira des enveloppes de financement spécifiquement affectées aux lits de convalescence et aux lits provisoires pour financer les fournisseurs de soins de longue durée dont il est fait mention à l'alinéa 18.1 (c);
- f) Intégrera toute condition de financement dont il est fait mention à l'alinéa 18.1 (d) aux ententes de responsabilisation en matière de services;
- g) À sa discrétion, demandera que le MSSLD approuve la conversion de lits autorisés existants du programme de séjour de longue durée en lits de convalescence, conformément au protocole relatif aux foyers de soins de longue durée;
- h) Octroiera au fournisseur de soins de longue durée, à même son affectation, tout le financement supplémentaire nécessaire pour les lits convertis en lits de convalescence et approuvés par le MSSLD, conformément aux politiques de financement, y compris la subvention additionnelle pour les lits de convalescence ainsi que la partie quote-part du résident de l'allocation quotidienne selon le niveau de soins de base.

FSLD – Lits de FSLD réquisitionnés par un RLISS

20. Aux paragraphes 21 et 22 « Lits de FSLD réquisitionnés par un RLISS » s'entend d'un lit de FSLD financé par le RLISS à même son affectation autre que son affectation à l'intention des FSLD :
- i. qui augmenterait la capacité en lits d'un FSLD titulaire d'un permis délivré en vertu de l'article 99, ou ayant reçu une autorisation en vertu de l'article 130 de la LFSLD;
 - ii. qui excéderait le nombre de lits de FSLD pour lesquels un fournisseur de soins de longue durée a obtenu l'autorisation du MSSLD dans le cas d'un aménagement ou réaménagement.
21. Le **RLISS** :
- a) À sa discrétion, exigera des lits de FSLD réquisitionnés par un RLISS;
 - b) Dans sa requête, indiquera le nombre de lits de FSLD réquisitionnés demandé, le montant approximatif de financement requis pour financer les lits conformément aux politiques de financement, y compris tout autre financement et un financement pouvant être versé conformément aux paragraphes 12 et 14 de la présente annexe, et l'enveloppe à même laquelle sera puisé ce financement dans l'affectation du RLISS, autre que son affectation à l'intention des FSLD;
 - c) Financera les lits de FSLD réquisitionnés par un RLISS conformément aux politiques de financement et aux paragraphes 6 et 8 de la présente annexe, si sa demande de lits de FSLD réquisitionnés est autorisée par le MSSLD.

22. Le **MSSLD** :

- a) Examinera la demande du RLISS en lits de FSLD réquisitionnés par un RLISS et décidera de donner suite ou non à cette demande.
- b) Confirmera le montant du financement requis pour financer les lits, conformément aux politiques de financement, y compris tout autre financement et un financement qui serait calculé conformément aux paragraphes 5 et 7 de la présente annexe;
- c) Réaffectera le financement confirmé provenant des sources mentionnées par le RLISS à (i) l'affectation du RLISS pour les lits de FSLD pour tout le financement à verser conformément aux paragraphes 6 et 8 de la présente annexe; (ii) l'affectation du MSSLD pour tout autre financement lorsque les lits de FSLD réquisitionnés par un RLISS sont disponibles.

FSLD – Lits temporaires de FSLD réquisitionnés par un RLISS

23. Aux paragraphes 24 et 25, « lits temporaires de FSLD réquisitionnés par un RLISS » s'entend d'un lit de FSLD pour lequel le MSSLS délivre un permis temporaire, conformément à l'article 111 de la LFSLD ou qui augmente la capacité de lits d'un permis temporaire conformément à la LFSLD, pourvu que le lit de FSLD soit financé par le RLISS à même son affectation.

24. Le **RLISS** :

- a) À sa discrétion, fera une demande de lits temporaires de FSLD réquisitionnés pour une période maximale de 5 ans;
- b) Dans sa demande, indiquera le nombre demandé de lits temporaires de FSLD réquisitionnés, le montant approximatif du financement requis pour financer les lits conformément aux politiques de financement, y compris tout autre financement et un financement qui serait versé conformément au paragraphe 6, et l'enveloppe à même laquelle sera puisé ce financement dans l'affectation du RLISS;
- c) Fournira tout autre financement et tout le financement conformément au paragraphe 6 de la présente annexe pour les lits temporaires de FSLD réquisitionnés par un RLISS, conformément aux politiques de financement et pour la durée du permis temporaire délivré par le MSSLD, y compris toute augmentation de ce financement et de tout autre financement après la date de délivrance du permis temporaire par le MSSLD pour ces lits, si la demande du RLISS pour ces lits temporaires est acceptée par le MSSLD.

25. Le **MSSLD** :

- a) Examinera la demande du RLISS en lits temporaires de FSLD réquisitionnés par un RLISS et décidera de donner suite ou non à cette demande.
- b) Confirmera le montant du financement requis pour financer les lits, conformément aux politiques de financement, y compris tout autre financement et un financement qui serait calculé conformément au paragraphe 6 de la présente annexe..

FSLD – Financement direct du MSSLD

26. Le **MSSLD** administrera et financera directement les fournisseurs de soins de longue durée dans le cas de certains programmes de soins de longue durée, conformément aux politiques de financement et en vertu d'une entente de financement direct, une entente de financement du RAI-MDS et toute autre entente conclue entre le MSSLD et un fournisseur de soins de longue durée.

FSLD – Financement direct du RLISS

- 26.1. Il est entendu que le RLISS ne financera pas les fournisseurs de soins de longue durée pour la prestation de services de soins de longue durée, sauf dans la mesure prévue dans les politiques de financement et la présente annexe.

Centres de santé communautaire (« CSC »)

27. Le **MSSLD** :

- a) Déterminera l'enveloppe de financement spécifiquement affectée à la prestation de services aux clients non assurés par les CSC;

28. Le **RLISS** :

- a) Utilisera l'enveloppe de financement spécifiquement affectée aux services dispensés aux clients non assurés par les CSC qui lui sont notifiés;

Services communautaires de santé mentale

29. Les paramètres énoncés au paragraphe 30 visent à faire en sorte que certains intérêts de la province soient pris en compte et que le MSSLD tienne ses engagements interministériels, notamment en matière d'initiatives reliées à la justice criminelle et aux soins psychiatriques médicolégaux. Les services communautaires de santé mentale sont répartis entre les catégories ci-dessous aux fins du paragraphe 30 :

- a) Services d'urgence, y compris : services d'intervention d'urgence, lits de court séjour d'urgence en établissement (lits de refuge), services mobiles d'intervention d'urgence, services d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles;
- b) Services de coordination et de gestion des cas, y compris : gestion intensive des cas, coordination des cas, équipes de traitement communautaire dynamique, services de déjudiciarisation et services de soutien aux tribunaux, services d'intervention;
- c) Logements avec services de soutien – services de soutien visant à permettre aux personnes atteintes de maladies mentales graves de vivre de façon autonome;
- d) Services de réadaptation fonctionnelle y compris : réadaptation professionnelle, réadaptation sociale et programme de soutien par les pairs (p. ex., initiatives à l'intention des consommateurs et ex-consommateurs);

- e) Services de traitement, y compris : services prévus aux annexes 1 à 5 de la *Loi sur la santé mentale* (désignant les catégories d'établissements psychiatriques), lits de soins actifs, programmes de traitement en milieu communautaire, programmes d'intervention durant les premiers stades de la psychose, frais de services psychiatriques à la séance, programmes d'ordonnances de traitement en milieu communautaire, programmes relatifs aux troubles de l'alimentation, le salaire des médecins de centres de soins ambulatoires pour personnes atteintes de troubles mentaux, services de traitement psychiatrique médicolégal.

30. Le **MSSLD** :

- a) Déterminera l'enveloppe de financement spécifiquement affectée pour ce qui suit :
 - (i) programmes et services d'intervention d'urgence financés en vertu de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé;
 - (ii) programmes d'intervention d'urgence et lits de court séjour d'urgence en établissement (lits de refuge) à l'intention des personnes atteintes de maladies mentales graves ayant été en contact avec le système de justice criminelle;
 - (iii) gestion de cas intensive et ECTA;
 - (iv) programmes d'intervention durant les premiers stades de la psychose;
 - (v) initiatives de gestion des cas médicolégaux;
 - (vi) services à la séance fournis en milieu hospitalier;
 - (vii) services à la séance offerts par des organismes communautaires;
 - (viii) services de traitement des troubles de l'alimentation;
 - (ix) initiatives à l'intention des ex-consommateurs;
 - (ix) salaire des médecins de centres de soins ambulatoires pour personnes atteintes de troubles mentaux.
- b) Fixera, le cas échéant, le nombre et le type de lits de services psychiatriques médicolégaux ainsi que les hôpitaux désignés fournissant des services psychiatriques médicolégaux et en informera le RLISS, en plus d'informer ce dernier de la capacité de prestation de service ou des niveaux de service requis;
- c) Informera le RLISS des paramètres connexes ainsi que des autres stratégies et intérêts de la province dans le domaine des services communautaires de santé mentale.

31. Le **RLISS** :

- a) Financera la prestation, par les fournisseurs de services de santé, d'une

combinaison de services dans chacune des catégories de services communautaires de santé mentale décrites au paragraphe 30 au sein du système de santé local ou pour celui-ci;

- b) Informera chaque fournisseur de services de santé concerné de son obligation de fournir un service décrit au paragraphe 30(a), sauf s'il en a été convenu autrement avec le MSSLD;
 - c) Utilisera les enveloppes de financement spécifiquement affectées qui lui sont notifiées par le MSSLD pour la prestation des services précisés aux paragraphes 30(a) et (b);
 - d) Maintiendra le nombre d'équipes de traitement communautaire dynamique au sein du système de santé local ou pour celui-ci au niveau de 2006-2007 ou l'augmentera;
 - e) Pour les logements avec services de soutien et les services de soutien financés par le RLISS, maintiendra un rapport maximum d'un responsable de cas pour 10 clients, ou d'un responsable de cas pour un maximum de huit clients pour les logements avec services de soutien financés en vertu de l'Initiative d'amélioration des services dans le cas de personnes atteintes de maladies mentales graves ayant été en contact avec le système de justice criminelle;
 - f) Collaborera avec le MSSLD et l'Eating Disorder Network dans l'affectation d'un nouveau financement éventuel;
 - g) Informera les hôpitaux désignés à cet effet par le MSSLD de leur obligation de fournir des services en vertu des annexes 1 à 5 de la *Loi sur la santé mentale* au moins au même niveau qu'en 2006-2007 et de consulter le MSSLD quant à toute modification importante de la prestation des services ou des niveaux de services;
 - h) informe les hôpitaux désignés de leur obligation de fournir le nombre et le type de lits de services psychiatriques médicolégaux fixés par le MSSLD et de consulter le MSSLD quant à toute modification importante de la prestation des services ou des niveaux de services.
32. Les deux parties procéderont annuellement à l'examen des paramètres exposés aux paragraphes 30 et 31, tel que défini à l'Annexe 1 : Dispositions générales.

Dépendances

33. Le **MSSLD** déterminera l'enveloppe de financement spécifiquement affectée aux :
- a) Services de traitement du jeu compulsif;
 - b) Programmes à l'intention des femmes enceintes ayant des problèmes de toxicomanie financés dans le cadre de l'Initiative fédérale de développement de la petite enfance.
 - c) Frais de services psychiatriques à la séance.
34. Le **RLISS** :

- a) Financera la prestation, par les fournisseurs de services de santé, (i) de services de gestion du sevrage, (ii) de services de counseling, de traitement et de soutien, (iii) de services de gestion du sevrage à la méthadone (au niveau de 2006-2007), (iv) de logements avec services de soutien pour les personnes souffrant de problématique en matière de consommation de substances;
- b) Utilisera les enveloppes de financement affectées pour financer les éléments pour lesquels il reçoit un financement;
- c) Pour les logements avec services de soutien et les services de soutien financés par le RLISS, maintiendra un rapport maximum de un responsable de cas pour huit clients dans le cas de personnes souffrant de problématique en matière de consommation de substance.

Centres d'accès aux soins communautaires (« CASC »)

- 35. Le **MSSLD** déterminera l'enveloppe de financement spécifiquement affectée aux :
 - a) Services professionnels de santé dans les écoles et services auxiliaires de santé dans les écoles.
- 36. Le **RLISS** :
 - a) Utilisera les enveloppes de financement spécifiquement affectées qui lui sont notifiées en vertu du paragraphe 43 pour la prestation des services précisés au paragraphe 35.

Rémunération en vertu d'initiatives et d'ententes particulières

- 37. Le **MSSLD** fixera l'enveloppe de financement affectée à la rémunération et aux avantages sociaux en vertu d'initiatives ou d'ententes particulières pour les personnes qui sont payées directement par les fournisseurs de services de santé pour fournir des services de santé
- 38. Le **RLISS** demandera aux fournisseurs de services de santé d'utiliser l'enveloppe de financement affectée à la rémunération et aux avantages des personnes visées à la section 37.

PARTIE C	PROGRAMMES GÉRÉS PAR LE MSSLD
-----------------	--------------------------------------

- 39. Le **MSSLD** conservera la responsabilité des autres programmes et services en matière de santé et :
 - (a) Demandra au besoin des conseils et avis au RLISS sur ces autres programmes et services en matière de santé;
 - (b) Informera le RLISS de tout changement matériel à ces autres programmes et services en matière de santé ayant un impact sur le système de santé local du RLISS.

ANNEXE 3 : FINANCEMENT ET AFFECTATIONS

PARTIE A OBJECTIF DE L'ANNEXE 3

- Fournir un énoncé du financement total qui sera affecté au RLISS pour l'exercice financier 2011-2012 et, si disponible, les cibles de financement pour les exercices ultérieurs.
- Définir les exigences et politiques en matière de gestion financière afin de créer un système durable, qui optimise l'utilisation des ressources financières, qui améliore le rendement du système de santé local et qui aide à la réalisation d'objectifs provinciaux.

Définitions

1. Dans la présente annexe, les termes qui suivent s'entendent ainsi :

« **budget annuel équilibré** » s'entend du total, au cours d'un exercice financier, des revenus d'une entité est supérieur ou équivalent au total des dépenses de l'entité et, dans le cas du RLISS, le budget annuel équilibré est assujéti aux règles du Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (CCSP) et à toute interprétation en vertu du paragraphe 6.

« **budget de fonctionnement** » s'entend du budget alloué aux opérations du RLISS.

« **budget pour paiement de transfert** » s'entend du budget alloué au financement par le RLISS des fournisseurs de services de santé.

« **financement pluriannuel** » s'entend d'une affectation pour le premier exercice financier et des objectifs de financement pour une ou deux autres années. Les objectifs de financement doivent servir aux fins de planification uniquement et peuvent être revus à la hausse ou à la baisse, à la discrétion du MSSLD.

« **limites des dépenses pluriannuelles** » s'entend du fait que les RLISS prévoient et géreront leurs dépenses dans les limites de leurs objectifs d'affectation et de financement pluriannuel.

PARTIE B OBLIGATIONS DE RENDEMENT

2. Le MSSLD :

- a) Au plus tard le 15 août 2011, fournira au RLISS l'affectation du financement pour l'exercice 2011-2012 mentionnée au Tableau 1 : Relevé de l'affectation du financement total aux RLISS pour 2011-2012, au Tableau 2 : Relevé de l'affectation du financement 2011-2012 aux 14 RLISS, au Tableau 3 : Relevé du financement total spécifiquement affecté pour 2011-2012 par secteur et au Tableau 4 : Financement spécifiquement affecté à chaque RLISS en date du 31 juillet 2011 par secteur de la présente annexe;
- b) Fournira au RLISS une liste des enveloppes de financement affectées pour 2011-2012 au Tableau 4 : Financement spécifiquement affecté à chaque RLISS de la présente annexe et la révisera conformément à l'Annexe 2 : Gestion de programme spécifique - système de santé local. Le RLISS affectera les fonds pour les exercices ultérieurs à

l'exercice 2011-2012, conformément à la LISSL, à son plan d'affaires annuel approuvé par le MSSLD et au présent accord.

3. Le **RLISS** :

- a) Affectera les fonds pour l'exercice financier 2011-2012 en vertu de la LISSL, du présent accord, y compris les tableaux 2 et 4 de la présente annexe, et des accords cédés au RLISS.

Exigences en matière de budget annuel équilibré

4. Le **RLISS** :

- a) Planifiera un budget annuel équilibré pour ses opérations et paiements de transfert;
- b) Exigera des fournisseurs de services de santé qu'ils atteignent un budget annuel équilibré conformément aux paramètres du cadre de santé financière.

Exigences en matière de limites des dépenses pluriannuelles

5. Le RLISS planifiera et gèrera les dépenses prévues aux budgets de fonctionnement et de paiements de transfert du RLISS à l'intérieur des objectifs de financement pluriannuel définis dans la présente annexe.

Politiques et lignes directrices de gestion financière

6. Le **MSSLD** :

- a) Élaborera et émettra des politiques, directives et lignes directrices en lien avec la gestion financière.

7. Le **RLISS** :

- a) Se conformeront à la liste ci-dessous des politiques et lignes directrices en matière de gestion financière :
 - i) Cadre de financement pluriannuel;
 - ii) Paramètres du cadre de santé financière;
 - iii) Prudence financière au moyen de la politique de planification de mesures d'urgence;
 - iv) Paramètres de la politique de réaffectation en cours d'exercice et en fin d'exercice;
 - v) Toute autre politique, directive ou ligne directrice fournie par le MSSLD.

Normes comptables

8. Le **MSSLD** :

- a) Communiquera les interprétations et modifications en lien avec les normes du Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (CCSP) sur l'avis du Bureau du contrôleur

provincial.

9. Le **RLISS** :

- a) Préparera son rapport et ses états financiers sur ses budgets des opérations et des paiements de transfert, y compris son plan de services annuel, en fonction des normes du Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (CCSP), sous condition de modifications et interprétations émises en vertu du paragraphe 6.
- b) Maintiendra la documentation venant appuyer tous états financiers et instructions de paiement connexes.

Tableau 1 : Relevé de l'affectation du financement total aux RLISS pour 2011-2012

	Financement affecté 2011 - 2012 (en milliers) ⁽¹⁾	Objectif de financement 2012 - 2013 (en milliers)	Objectif de financement 2013 - 2014 (en milliers)
Budget total des RLISS	23 328 428,9 \$	À déterminer	À déterminer
Budget d'immobilisations total (voir tableau 1b)	0,00 \$	À déterminer	À déterminer
Budget de fonctionnement total (voir tableau 1a)	23 328 428,9 \$	À déterminer	À déterminer

Note :

1. L'affectation du financement pour 2011-2012 est mise à jour en date du 31 juillet 2011 en fonction du plan pluriannuel axé sur les résultats et du budget des dépenses pour 2011-2012. Cette mise à jour est effectuée en fonction des redistributions appliquées au crédit 1411 relatif aux programmes des RLISS ainsi qu'au crédit 1412 concernant les programmes du Ministère, et d'une redistribution entre ces deux crédits. Ces redistributions découlent de décisions prises au sujet des programmes et des services qui continueront de relever du Ministère ou dont la responsabilité sera transférée aux RLISS. Il s'agit de redistributions de base et uniques pour l'exercice 2011-2012. La redistribution s'effectue dans les limites entièrement approuvées du crédit ministériel.
2. L'affectation du financement pour 2011-2012 inclut un financement supplémentaire (de base et unique). Si d'autres fonds supplémentaires sont attribués pendant l'exercice 2011-2012, le tableau et l'échéancier pourront être modifiés, ou des lettres d'attribution mises à jour pourront être annexées à l'entente de manière à bien rendre compte des sommes attribuées au RLISS. Le cas échéant, tout financement supplémentaire sera octroyé dans les limites entièrement approuvées du crédit ministériel.

Tableau 1a : Relevé de l'affectation du financement total aux RLISS pour 2011-2012 - Budget de fonctionnement

	Financement affecté 2011 - 2012 (en milliers) ⁽¹⁾	Objectif de financement 2012 - 2013 (en milliers)	Objectif de financement 2013 - 2014 (en milliers)
Budget de fonctionnement total des RLISS	23 328 428,9	À déterminer	À déterminer
Total des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé par secteur	23 251 999,7	À déterminer	À déterminer
Fonctionnement du RLISS	67 284,4	À déterminer	À déterminer
Initiatives ⁽³⁾	9 144,8	À déterminer	À déterminer
CyberSanté ⁽⁴⁾	0,0	À déterminer	À déterminer
Total des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé par secteur :			
Fonctionnement des hôpitaux	15 611 759,5	À déterminer	À déterminer
Subventions visant à compenser l'imposition municipale - hôpitaux publics	3 741,9	À déterminer	À déterminer
Foyers de soins de longue durée ⁽⁵⁾	3 240 847,3	À déterminer	À déterminer
Centres d'accès aux soins communautaires	2 016 592,9	À déterminer	À déterminer
Services de soutien communautaire	401 088,6	À déterminer	À déterminer
Lésion cérébrale acquise	44 707,0	À déterminer	À déterminer
Services d'aide à la vie autonome dans des logements avec services de soutien	212 805,8	À déterminer	À déterminer
Centres de santé communautaire	314 728,7	À déterminer	À déterminer
Services communautaires de santé mentale	631 420,7	À déterminer	À déterminer
Programme de lutte contre les dépendances	154 490,7	À déterminer	À déterminer
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	596 677,8	À déterminer	À déterminer
Subventions visant à compenser l'imposition municipale - hôpitaux psychiatriques	121,0	À déterminer	À déterminer
Initiatives ⁽⁶⁾	23 017,8	À déterminer	À déterminer

Note :

1. L'affectation du financement pour 2011-2012 est mise à jour en date du 31 juillet 2011 en fonction du plan pluriannuel axé sur les résultats et du budget des dépenses pour 2011-2012. Cette mise à jour est effectuée en fonction des redistributions appliquées au crédit 1411 relatif aux programmes des RLISS ainsi qu'au crédit 1412 concernant les programmes du Ministère, et d'une redistribution entre ces deux crédits. Ces redistributions découlent de décisions prises au sujet des programmes et des services qui continueront de relever du Ministère ou dont la responsabilité sera transférée aux RLISS. Il s'agit de redistributions de base et uniques pour l'exercice 2011-2012. La redistribution s'effectue dans les limites entièrement approuvées du crédit ministériel.
2. L'affectation du financement pour 2011-2012 inclut le financement supplémentaire (de base et ponctuel uniquement). Si d'autre financement est désigné au cours de l'exercice 2011-2012, il est possible de modifier le tableau et l'annexe ou d'ajouter les lettres d'affectation actualisées à l'accord afin qu'il soit représentatif de cette affectation du RLISS. Tout financement supplémentaire octroyé se situera dans les limites entièrement approuvées du crédit ministériel.
3. Les initiatives relatives au fonctionnement du RLISS comprennent l'Engagement des communautés autochtones, les Services de santé en français, les entités de planification en français, les directeurs du rendement des SUANS, les directeurs du DU-RLISS et le Partenariat des RLISS.
4. Le financement du Bureau de gestion des projets de cybersanté sera octroyé par CyberSanté Ontario aux RLISS à compter de l'exercice 2011-2012.
5. L'affectation du financement aux foyers de soins de longue durée constitue une estimation et peut varier en fonction des ajustements que le Ministère peut effectuer en fonction des variations de l'indice de la charge de cas, du nombre de lits, des revenus des pensionnaires et du financement des coûts de construction.
6. Les initiatives de paiements de transfert seront affectées par secteur par le RLISS à une date ultérieure. Les initiatives qui ne sont pas affectées comprennent la stratégie Vieillir chez soi, les fonds pour les initiatives prioritaires urgentes et le fonds pour les SUANS supplémentaire pour la stratégie Vieillir chez soi. Étant donné que le financement du RLISS est affecté par secteur, il convient de noter que l'affectation sera répartie au niveau sectoriel.

Tableau 1b : Relevé de l'affectation du financement total aux RLISS pour 2011-2012 - Budget d'immobilisations

	Financement affecté 2011 - 2012 (en milliers)	Objectif de financement 2012 - 2013 (en milliers)	Objectif de financement 2013 - 2014 (en milliers)
Budget d'immobilisations total	0,0	À déterminer	À déterminer
Total des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé par secteur	0,0	À déterminer	À déterminer
Initiatives d'immobilisations propres au RLISS	0,0	À déterminer	À déterminer
Total des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé par secteur :			
Hôpitaux ⁽¹⁾	0,0	À déterminer	À déterminer
Foyers de soins de longue durée	0,0	À déterminer	À déterminer
Lésion cérébrale acquise	0,0	À déterminer	À déterminer
Services d'aide à la vie autonome dans des logements avec services de soutien	0,0	À déterminer	À déterminer
Centres de santé communautaire	0,0	À déterminer	À déterminer
Services communautaires de santé mentale	0,0	À déterminer	À déterminer
Programme de lutte contre les dépendances	0,0	À déterminer	À déterminer

Note :

1. L'affectation sous « Hôpitaux » représente l'octroi, approuvé pour le RLISS, de subventions de soutien aux hôpitaux publics et aux hôpitaux psychiatriques spécialisés en 2011-2012 dans le cadre du Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé (FRISS) 2010-2011, et conformément aux lignes directrices du FRISS 2011-2012 que le Ministère a fournies aux RLISS. Cette affectation n'est valable que pour 2011-2012.

Tableau 2 : Relevé de l'affectation du financement au RLISS 2011-2012

	Financement affecté 2011 - 2012 (en milliers) ⁽¹⁾	Objectif de financement 2012 - 2013 (en milliers)	Objectif de financement 2013 - 2014 (en milliers)
Budget total du RLISS	1 803 740,2	À déterminer	À déterminer
Budget d'immobilisations total (voir tableau 1b)	0,0	À déterminer	À déterminer
Budget de fonctionnement total (voir tableau 1a)	1 803 740,2	À déterminer	À déterminer

Note :

1. L'affectation du financement pour 2011-2012 est mise à jour en date du 31 juillet 2011 en fonction du plan pluriannuel axé sur les résultats et du budget des dépenses pour 2011-2012. Cette mise à jour est effectuée en fonction des redistributions appliquées au crédit 1411 relatif aux programmes des RLISS ainsi qu'au crédit 1412 concernant les programmes du Ministère, et d'une redistribution entre ces deux crédits. Ces redistributions découlent de décisions prises au sujet des programmes et des services qui continueront de relever du Ministère ou dont la responsabilité sera transférée aux RLISS. Il s'agit de redistributions de base et uniques pour l'exercice 2011-2012. La redistribution s'effectue dans les limites entièrement approuvées du crédit ministériel.
2. L'affectation du financement pour 2011-2012 inclut un financement supplémentaire (de base et unique). Si d'autres fonds supplémentaires sont attribués pendant l'exercice 2011-2012, le tableau et l'échéancier pourront être modifiés, ou des lettres d'attribution mises à jour pourront être annexées à l'entente de manière à bien rendre compte des sommes attribuées au RLISS. Le cas échéant, tout financement supplémentaire sera octroyé dans les limites entièrement approuvées du crédit ministériel.

Tableau 2a : Relevé de l'affectation du financement au RLISS 2011-2012 - Budget de fonctionnement

	Financement affecté 2011 - 2012 (en milliers) ⁽¹⁾	Objectif de financement 2012 - 2013 (en milliers)	Objectif de financement 2013 - 2014 (en milliers)
Budget de fonctionnement total des RLISS	1 803 740,2	À déterminer	À déterminer
Total des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé par secteur	1 799 039,6	À déterminer	À déterminer
Fonctionnement du RLISS	4 409,6	À déterminer	À déterminer
Initiatives ⁽³⁾	291,0	À déterminer	À déterminer
Cybersanté ⁽⁴⁾		À déterminer	À déterminer
Total des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé par secteur :			
Fonctionnement des hôpitaux	1 116 237,0	À déterminer	À déterminer
Subventions visant à compenser l'imposition municipale - hôpitaux publics	252,3	À déterminer	À déterminer
Foyers de soins de longue durée ⁽⁵⁾	311 124,3	À déterminer	À déterminer
Centres d'accès aux soins communautaires	222 900,8	À déterminer	À déterminer
Services de soutien communautaire	41 104,4	À déterminer	À déterminer
Lésion cérébrale acquise	9 576,1	À déterminer	À déterminer
Services d'aide à la vie autonome dans des logements avec services de soutien	21 306,7	À déterminer	À déterminer
Centres de santé communautaire	8 375,8	À déterminer	À déterminer
Services communautaires de santé mentale	63 397,2	À déterminer	À déterminer
Programme de lutte contre les dépendances	4 764,9	À déterminer	À déterminer
Hôpitaux psychiatriques spécialisés		À déterminer	À déterminer
Subventions visant à compenser l'imposition municipale - hôpitaux psychiatriques		À déterminer	À déterminer
Initiatives ⁽⁶⁾	0,1	À déterminer	À déterminer

Note:

1. L'affectation du financement pour 2011-2012 est mise à jour en date du 31 juillet 2011 en fonction du plan pluriannuel axé sur les résultats et du budget des dépenses pour 2011-2012. Cette mise à jour a été effectuée en fonction des redistributions appliquées au crédit 1411 relatif aux programmes des RLISS ainsi qu'au crédit 1412 concernant les programmes du Ministère, et d'une redistribution entre ces deux crédits. Ces redistributions découlent de décisions prises au sujet des programmes et des services qui continueront de relever du Ministère ou dont la responsabilité sera transférée aux RLISS. Il s'agit de redistributions de base et uniques pour l'exercice 2011-2012. La redistribution s'effectue dans les limites entièrement approuvées du crédit ministériel.
2. L'affectation du financement pour 2011-2012 inclut un financement supplémentaire (de base et unique). Si d'autres fonds supplémentaires sont attribués pendant l'exercice 2011-2012, le tableau et l'échéancier pourront être modifiés, ou des lettres d'attribution mises à jour pourront être annexées à l'entente de manière à bien rendre compte des sommes attribuées au RLISS. Le cas échéant, tout financement supplémentaire sera octroyé dans les limites entièrement approuvées du crédit ministériel.
3. Les initiatives relatives au fonctionnement du RLISS comprennent l'Engagement des communautés autochtones, les Services de santé en français, les entités de planification en français, les directeurs du rendement des SU/ANS, les directeurs du DU-RLISS et le Partenariat des RLISS.
4. Le financement du Bureau de gestion des projets de cybersanté sera octroyé par CyberSanté Ontario aux RLISS à compter de l'exercice 2011-2012.
5. L'affectation du financement aux foyers de soins de longue durée constitue une estimation et peut varier en fonction des ajustements que le Ministère peut effectuer en fonction des variations de l'indice de la charge de cas, du nombre de lits, des revenus des pensionnaires et du financement des coûts de construction.
6. Les initiatives de paiements de transfert seront affectées par secteur par le RLISS à une date ultérieure. Les initiatives qui ne sont pas affectées comprennent la stratégie Vieillir chez soi, les fonds pour les initiatives prioritaires urgentes et le fonds pour les SU/ANS supplémentaire pour la stratégie Vieillir chez soi. Étant donné que le financement du RLISS est affecté par secteur, il convient de noter que l'affectation sera répartie au niveau sectoriel.

Tableau 2b : Relevé de l'affectation du financement au RLISS 2011-2012 - Budget d'immobilisations

	Financement affecté 2011 - 2012 (en milliers)	Objectif de financement 2012 - 2013 (en milliers)	Objectif de financement 2013 - 2014 (en milliers)
Budget d'immobilisations total	0,0	À déterminer	À déterminer
Total des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé par secteur	0,0	À déterminer	À déterminer
Initiatives d'immobilisations propres au RLISS	0,0	À déterminer	À déterminer
Total des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé par secteur :			
Hôpitaux ⁽¹⁾	0,0	À déterminer	À déterminer
Foyers de soins de longue durée		À déterminer	À déterminer
Lésion cérébrale acquise		À déterminer	À déterminer
Services d'aide à la vie autonome dans des logements avec services de soutien		À déterminer	À déterminer
Centres de santé communautaire		À déterminer	À déterminer
Services communautaires de santé mentale		À déterminer	À déterminer
Programme de lutte contre les dépendances		À déterminer	À déterminer

Note :

1. L'affectation sous « Hôpitaux » représente l'octroi, approuvé pour le RLISS, de subventions de soutien aux hôpitaux publics et aux hôpitaux psychiatriques spécialisés en 2010-2011 dans le cadre du Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé (FRISS) 2011-2012, et conformément aux lignes directrices du FRISS 2010-2011 que le Ministère a fournies aux RLISS. Cette affectation n'est valable que pour 2011-2012.

Tableau 3 : Relevé du financement total spécifiquement affecté des RLIS pour 2011-2012 par secteur

	Enveloppe de financement affecté 2011-2012 ⁽¹⁾
Hôpitaux	
Services de cardiologie	31 469 700 \$
Néphropathie chronique	0 \$
Soins intensifs	86 318 486 \$
Stratégie de réduction des temps d'attente	269 575 200 \$
Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé	A déterminer
Plan d'exploitation après la construction	219 634 400 \$
Foyers de soins de longue durée	
Lits de soins de convalescence ⁽²⁾	25 752 327 \$
Lits provisoires ⁽³⁾	18 897 828 \$
Centres de santé communautaire	
Services aux personnes non assurées	2 886 782 \$
Services communautaires de santé mentale	
Programmes et services d'intervention d'urgence (financés dans le cadre de l'entente sur la santé et des programmes Amélioration des services)	43 817 593 \$
Lits de court séjour d'urgence en établissement (lits sûrs)	11 297 893 \$
Équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD)	34 541 300 \$
Gestion intensive des cas (financée dans le cadre de l'entente sur la santé et des programmes Amélioration des services)	29 672 466 \$
Déjudiciarisation / soutien judiciaire	4 606 000 \$
Programme d'appui au logement avec services de soutien	10 387 000 \$
Programmes d'intervention précoce dans le traitement de la psychose (financés dans le cadre de l'entente sur la santé)	22 202 188 \$
Initiatives de gestion des cas médicolégaux	2 040 000 \$
Services de consultation en milieu hospitalier (salaires des médecins des services de soins psychiatriques ambulatoires)	13 967 953 \$
Services de consultation fournis par des organismes communautaires	15 881 658 \$
Services relatifs aux troubles de l'alimentation	15 460 113 \$
Initiatives pour les consommateurs et les ex-consommateurs	12 000 355 \$
Dépendances	
Services de traitement des joueurs compulsifs	10 108 400 \$
Programmes pour les femmes enceintes ayant des problèmes de toxicomanie (financés dans le cadre de l'initiative de développement de la petite enfance du gouvernement fédéral)	3 200 000 \$
Services de prise en charge des patients traités à la méthadone	740 680 \$
Services à la séance offerts par des organismes communautaires	748 358 \$
Centres d'accès aux soins communautaires	
Services de santé professionnels pour les enfants et les jeunes inscrits dans des écoles privées ou bénéficiant de programmes d'enseignement à domicile	84 091 615 \$
Néphropathie chronique	1 562 300 \$
Autre	
Programme de financement direct - Services d'auxiliaires autogérés (Centre for Independent Living de Toronto)	24 117 702 \$
Rémunération en vertu d'initiatives / d'ententes particulières	A déterminer

Notes

(1) Montants en dollars réels

(2) Le financement des soins de convalescence se base sur allocation quotidienne selon le niveau de soins et le montant complémentaire pour soins de convalescence. En date de l'avis de paiement de mars 2011, on compte 337 lits de convalescence. Ces lits n'incluent pas les lits de convalescence financés par les fonds pour les initiatives prioritaires urgentes et la stratégie Vieillir chez soi.

(3) Le financement des lits provisoires se base sur un ICC de 100 et 85 % du taux de recouvrement pour les revenus des pensionnaires. En date de l'avis de paiement de mars 2011, on compte 505 lits provisoires. Ces lits n'incluent pas les lits provisoires financés par les fonds pour les initiatives prioritaires urgentes et la stratégie Vieillir chez soi.

Tableau 4 : Financement spécifiquement affecté au RLISS par secteur

	Enveloppe de financement affecté – 2011- 2012 ⁽¹⁾
Hôpitaux	
Services de cardiologie	2 634 800 \$
Néphropathie chronique	0 \$
Soins intensifs	4 074 600 \$
Stratégie de réduction des temps d'attente	25 874 000 \$
Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé	À déterminer
Plan d'exploitation après la construction	9 405 500 \$
Foyers de soins de longue durée	
Lits de soins de convalescence ⁽²⁾	2 368 908 \$
Lits provisoires ⁽³⁾	Sans Objet
Centres de santé communautaire	
Services aux personnes non assurées	275 000 \$
Services communautaires de santé mentale	
Programmes et services d'intervention d'urgence (financés dans le cadre de l'entente sur la santé et des programmes Amélioration des services)	2 720 760 \$
Lits de court séjour d'urgence en établissement (lits sûrs)	2 114 598 \$
Équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD)	4 738 500 \$
Gestion intensive des cas (financée dans le cadre de l'entente sur la santé et des programmes Amélioration des services)	2 784 200 \$
Déjudiciarisation / soutien judiciaire	588 000 \$
Programme d'appui au logement avec services de soutien	3 024 000 \$
Programmes d'intervention précoce dans le traitement de la psychose (financés dans le cadre de l'entente sur la santé)	2 808 000 \$
Initiatives de gestion des cas médico-légaux	Sans Objet
Services de consultation en milieu hospitalier (salaires des médecins des services de soins psychiatriques ambulatoires)	2 277 733 \$
Services de consultation fournis par les organismes communautaires	1 451 344 \$
Services de traitement des troubles de l'alimentation	1 134 047 \$
Initiatives pour les consommateurs et les ex-consommateurs	733 125 \$
Dépendances	
Services de traitement des joueurs compulsifs	204 700 \$
Programmes pour les femmes enceintes ayant des problèmes de toxicomanie (financés dans le cadre de l'initiative de développement de la petite enfance du gouvernement fédéral)	115 824 \$
Services de prise en charge des patients traités à la méthadone	Sans Objet
Services à la séance offerts par des organismes communautaires	136 537 \$
Centres d'accès aux soins communautaires	
Services de soutien à la personne et matériel médical ou personnel pour les enfants et les jeunes	9 703 522 \$
Néphropathie chronique	118 000 \$
Autre	
Programme de financement direct - Services d'auxiliaires autogérés (Centre for Independent Living de Toronto)	Sans Objet
Rémunération en vertu d'initiatives / d'ententes particulières	À déterminer

Notes

(1) Montants en dollars réels

(2) Le financement des soins de convalescence se base sur allocation quotidienne selon le niveau de soins et le montant complémentaire pour soins de convalescence. Ces lits n'incluent pas les lits de convalescence financés par les fonds pour les initiatives prioritaires urgentes et la stratégie Vieillir chez soi.

(3) Le financement des lits provisoires se base sur un ICC de 100 et 85 % du taux de recouvrement pour les revenus des pensionnaires. En date de l'avis de paiement de mars 2011, on compte 505 lits provisoires. Ces lits n'incluent pas les lits provisoires financés par les fonds pour les initiatives prioritaires urgentes et la stratégie Vieillir chez soi.

ANNEXE 4 : RENDEMENT DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ LOCAL

PARTIE A OBJECTIF DE L'ANNEXE 4

- Établir des indicateurs de rendement pour le système de soins de santé local afin d'améliorer le rendement du système de soins de santé local et d'aider à réaliser les objectifs provinciaux et l'objectif principal.

PARTIE B OBLIGATIONS DE RENDEMENT

Définitions

1. Dans la présente annexe, les termes qui suivent s'entendent ainsi :

« **ligne de référence initiale des RLISS** » s'entend du résultat à une période donnée pour un indicateur de rendement qui offre un point de départ permettant de mesurer les changements au rendement d'un système de soins de santé local et pour l'établissement de cibles pour le RLISS en matière de rendement futur du système de soins de santé local;

« **objectif du RLISS** » s'entend d'un résultat planifié pour un indicateur avec lequel les résultats réels peuvent être comparés;

« **indicateur de rendement** » s'entend d'une mesure du rendement d'un système de soins de santé local pour lequel on établira un objectif du RLISS, et le RLISS sera tenu d'obtenir des résultats en vertu des modalités du présent accord pour le système de soins de santé local en lien avec un indicateur de rendement;

« **objectif provincial** » s'entend d'un résultat optimal de rendement pour un indicateur et pouvant être basé sur un consensus d'experts, le rendement obtenu dans d'autres régions ou les attentes provinciales;

« **ÉTG** » signifie Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence;

« **GMA** » signifie groupe de maladies analogues.

Obligations générales

2. En vertu de la loi et de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, le **RLISS** évaluera le rendement et prendra des mesures pour l'améliorer à l'échelle locale au moyen d'ententes de responsabilisation en matière de services avec les fournisseurs de services de santé.

Obligations spécifiques

3. Le **MSSLD** :
 - (a) Calculer les résultats des indicateurs de rendement décrits ci-dessous :
 - (i) 90^e percentile de la durée de séjour aux urgences dans le cas des

- patients admis;
 - (ii) 90^e percentile de la durée de séjour aux urgences dans le cas de patients complexes non admis (ÉTG I à III);
 - (iii) 90^e percentile de la durée de séjour aux urgences de patients non admis ayant un problème mineur non complexe (ÉTG IV à V);
 - (iv) Pourcentage des jours pour un autre niveau de soins (ANS)
 - (v) Visites aux urgences répétées et non planifiées dans une période de 30 jours en lien avec des problèmes de santé mentale;
 - (vi) Visites aux urgences répétées et non planifiées dans une période de 30 jours en lien avec un problème de toxicomanie;
 - (vii) 90^e percentile des délais d'attente en milieu communautaire pour des services à domicile offerts par le CASC – demande d'un milieu communautaire à un premier service offert par le CASC (excluant la gestion de cas);
 - (viii) Réadmission dans un délai de 30 jours pour GMA.
 - (ix) 90^e percentile des délais d'attente pour une chirurgie liée au cancer;
 - (x) 90^e percentile des délais d'attente pour un pontage coronarien;
 - (xi) 90^e percentile des délais d'attente pour une chirurgie de la cataracte;
 - (xii) 90^e percentile des délais d'attente pour une arthroplastie totale de la hanche ;
 - (xiii) 90^e percentile des temps d'attente pour une arthroplastie du genou;
 - (xiv) 90^e percentile des temps d'attente pour un IRM;
 - (xv) 90^e percentile des temps d'attente pour une tomодensitométrie.
- (b) Fournir au RLISS les résultats compilés des indicateurs de rendement avant les dates de diffusion établies au Tableau A, et l'information justificative sur le rendement au besoin, par exemple le rendement des fournisseurs de services de santé;
 - (c) Fournir au RLISS la documentation technique sur les indicateurs de rendement définie au Tableau A, y compris la méthodologie, les inclusions et les exclusions.

4. Le RLISS :

- (a) Travaillera à la réalisation des objectifs de ses rendement en lien avec les indicateurs de rendement;
- (b) Préparera un rapport semestriel sur le rendement du système de soins de santé local pour tous les indicateurs de rendement;
- (c) Exposera le rendement du système de soins de santé local pour tous les indicateurs de rendement dans le rapport annuel du RLISS.

Tableau A: Indicateurs de rendement

- Objectif : améliorer l'accès et les résultats pour les patients à mesure qu'ils progressent dans le continuum des services de soins de santé.
- Résultat prévu : les patients bénéficieront d'un accès et de résultats améliorés en lien avec les services de soins de santé établis ci-dessous.
- D'autres indicateurs peuvent être pris en compte comme mesure de ce résultat prévu.

INDICATEUR	Objectif provincial	RLISS Ligne de référence initiale 2011-12	Objectif du RLISS 2011- 2012	Données fournies aux RLISS
90 ^e percentile de la durée de séjour aux urgences dans le cas des patients admis	8 heures	44.28 heures	36 heures	13 mai 2011 12 août 2011
90 ^e percentile de la durée de séjour aux urgences dans le cas de patients complexes non admis (ÉTG I à III);	8 heures	7.83 heures	7.83 heures	14 novembre 2011 et
90 ^e percentile de la durée de séjour aux urgences de patients non admis ayant un problème mineur non complexe (ÉTG IV à V);	4 heures	3.9 heures	3.9 heures	10 février 2012
Pourcentage des jours pour un autre niveau de soins (ANS)	9,46%	16,10%	13,01%	
Visites aux urgences répétées et non planifiées dans une période de 30 jours en lien avec des problèmes de santé mentale*	À déterminer	17,90%	17,00%	
Visites aux urgences répétées et non planifiées dans une période de 30 jours en lien avec un problème de toxicomanie*	À déterminer	20,70%	19,70%	
90 ^e percentile des délais d'attente en milieu communautaire pour des services à domicile offerts par le CASC – demande d'un milieu communautaire à un premier service offert par le CASC (excluant la gestion de cas)**	À déterminer	39 jours	37.1 jours	
Réadmission dans un délai de 30 jours pour GMA.	À déterminer	15,19%	14,40%	

Tableau A: Indicateurs de rendement

- Objectif : améliorer l'accès et les résultats pour les patients à mesure qu'ils progressent dans le continuum des services de soins de santé.
- Résultat prévu : les patients bénéficieront d'un accès et de résultats améliorés en lien avec les services de soins de santé établis ci-dessous.
- D'autres indicateurs peuvent être pris en compte comme mesure de ce résultat prévu.

INDICATEUR	Objectif provincial	RLISS Ligne de référence initiale 2011-12	Objectif du RLISS 2011- 2012	Données fournies aux RLISS
90 ^e percentile des délais d'attente pour une chirurgie liée au cancer;	Objectif provincial pour une priorité IV : 84 jours	46 jours	47 jours	
90 ^e percentile des délais d'attente pour un pontage aortocoronarien;	Objectif provincial pour une priorité IV : 182 jours	64 jours	63 jours	
90 ^e percentile des délais d'attente pour une chirurgie de la cataracte;	Objectif provincial pour une priorité IV : 182 jours	102 jours	102 jours	
90 ^e percentile des délais d'attente pour une arthroplastie totale de la hanche;	Objectif provincial pour une priorité IV : 182 jours	150 jours	139 jours	
90 ^e percentile des temps d'attente pour une arthroplastie du genou;	Objectif provincial pour une priorité IV : 182 jours	162 jours	154 jours	
90 ^e percentile des temps d'attente pour un IRM;	Objectif provincial pour une priorité IV : 28 jours	147 jours	112 jours	
90 ^e percentile des temps d'attente pour une tomodensitométrie.	Objectif provincial pour une priorité IV : 28 jours	37 jours	34 jours	

* Nouveaux indicateurs pour 2010-2011. Le MSSLD et le RLISS surveilleront le rendement au cours de l'exercice 2010-2011 et travailleront ensemble à améliorer la qualité et l'uniformité des données. La méthodologie utilisée pour calculer ces indicateurs a fait l'objet d'une révision afin d'inclure les visites planifiées et non planifiées aux urgences. Par conséquent, les cibles pour l'exercice 2011-2012 pourraient être plus élevées que celles établies pour l'exercice 2010-2011.

** Nouvelle méthodologie de calcul des indicateurs à confirmer pour l'exercice 2010-2011. Le MSSLD et le RLISS surveilleront le rendement et travailleront ensemble pour améliorer la cueillette et l'encodage des données. Des cibles seront établies pour l'exercice 2011-2012.

ANNEXE 5 : RAPPORTS INTÉGRÉS

PARTIE A	OBJECTIF DE L'ANNEXE 5
-----------------	-------------------------------

- Résumer, en une annexe, toutes les obligations en matière du MSSLD et des RLISS en vertu du présent accord, y compris les annexes.

PARTIE B	OBLIGATIONS DE RENDEMENT
-----------------	---------------------------------

Obligations générales

1. Les obligations en matière de rapport de chacune des parties sont énumérées dans le tableau ci-dessous :
2. Le **MSSLD** :
 - (a) Fournira la formation, les directives, la documentation, les gabarits, les formulaires et les lignes directrices nécessaires aux RLISS pour les aider à rédiger les rapports mentionnés à la présente annexe;
 - (b) Le cas échéant, élaborera des exigences en matière de rapport en lien avec les priorités gouvernementales et les communiquera aux RLISS;
 - (c) Fournira au RLISS les données sur les indicateurs de rendement comme l'établit l'Annexe 4: Rendement du système de soins de santé local.
3. **Les deux parties** :
 - (a) Travailleront ensemble pour garantir une circulation rapide de l'information afin de répondre aux exigences en matière de rapport des deux parties;
 - (b) Répondront de façon opportune aux demandes d'information et d'accès aux dossiers des deux parties, y compris les dossiers financiers, afin de respecter les obligations en matière de rapport et autres obligations des parties en vertu du présent accord;
 - (c) Évalueront conjointement les procédés de rapport chaque année et recommanderont des améliorations aux procédés et au contenu qui pourront être mises en œuvre ultérieurement et qui seront cohérentes avec l'objectif principal.
 - (d) Prépareront le plan de services annuel dans un délai de 120 jours suivant l'annonce du budget du gouvernement de l'Ontario dans le cadre de la révision annuelle définie à l'Annexe 1: Généralités.

Date d'échéance	Description de l'élément :
2011-2012	
AVRIL	
18 avril 2011	Le MSSLD fournira un rapport au RLISS pour confirmer les dépenses réelles provisoires, les sommes recouvrables et celles à payer en lien avec ses paiements de transfert en date du 31 mars de l'exercice précédent.
30 avril 2011	Le MSSLD fournira au RLISS les formulaires nécessaires pour la préparation du rapport de consolidation de fin d'exercice.
D'ici le 30 avril 2011	Le RLISS présentera une déclaration de conformité au MSSLD (Attestation)
MAI	
13 mai 2011	Le MSSLD fournira au RLISS les données du semestre le plus récent pour les indicateurs mentionnés à l'Annexe 4 : Rendement du système de soins de santé local
16 mai 2011	Le MSSLD fournira au RLISS un rapport contenant une mise à jour des dépenses réelles provisoires, des sommes recouvrables et de celles à payer en lien avec ses paiements de transfert en date du 31 mars de l'exercice précédent.
17 mai 2011	Le MSSLD fournira au RLISS l'affectation <u>préliminaire</u> initiale pour l'exercice 2011-2012 pour fins de planification et de rapport.
27 mai 2011	Le RLISS présentera au MSSLD un rapport sur les indicateurs de rendement préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD.
31 mai 2011	Le RLISS présentera au MSSLD un rapport de consolidation de fin d'exercice préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD et une ébauche des états financiers vérifiés si les énoncés signés ne sont pas prêts au 31 mai de chaque exercice financier régi par le présent accord.
JUIN	
Le ou environ le 7 ^e jour ouvrable (la date dépend de la fermeture du GL du SIGIF)	Le MSSLD fournira au RLISS un rapport pour le premier trimestre confirmant les dépenses, sommes recouvrables et sommes à payer depuis le début de l'exercice en lien avec les paiements de transfert au RLISS.
30 juin 2011	Le RLISS présentera au MSSLD un rapport annuel pour l'exercice précédent, conformément aux exigences du MSSLD.
30 juin 2011	Le RLISS présentera au MSSLD un rapport périodique et de consolidation pour le premier trimestre préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD.
30 août 2011	Le MSSLD fournira au RLISS les formulaires et les exigences en matière d'information pour le plan d'affaires annuel de l'exercice 2012-2013.
JUILLET	
D'ici le 29 juillet 2011	Le RLISS présentera une déclaration de conformité au MSSLD (Attestation)
AOÛT	
2 août 2011	Les RLISS présenteront au MSSLD un rapport de dépenses trimestrielles préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD.
12 août 2011	Le MSSLD fournira au RLISS les données de rendement du semestre le plus récent pour les indicateurs mentionnés à l'Annexe 4 : Rendement du système de soins de santé local.

Date d'échéance	Description de l'élément :
15 août 2011	Le MSSLD fournira l'affectation préliminaire approuvée en date du 31 juillet 2011 pour l'exercice en cours ainsi que les objectifs de financement pour le prochain exercice, si disponibles.
26 août 2011	Le RLISS présentera au MSSLD un rapport sur les indicateurs de rendement préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD.
31 août 2011	Le MSSLD fournira au RLISS les formulaires et les exigences en matière d'information pour le rapport pluriannuel de consolidation.
SEPTEMBRE	
Le ou environ le 7 ^e jour ouvrable (la date peut varier selon la fermeture du GL du SIGIF)	Le MSSLD fournira au RLISS un rapport pour le deuxième trimestre confirmant les dépenses, sommes recouvrables et sommes à payer depuis le début de l'exercice en lien avec les paiements de transfert au RLISS.
30 septembre 2011	Le RLISS présentera au MSSLD un rapport périodique et de consolidation pour le deuxième trimestre préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD.
OCTOBRE	
31 octobre 2011 (ou date nécessaire pour satisfaire les exigences en matière de rapport de l'organisme central)	Le RLISS présentera au MSSLD un rapport périodique et de consolidation pluriannuel préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD.
D'ici le 31 octobre 2011	Le RLISS présentera une déclaration de conformité au MSSLD (Attestation)
31 octobre 2011	Les RLISS présenteront au MSSLD un rapport de dépenses trimestrielles préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD.
NOVEMBRE	
14 novembre 2011	Le MSSLD fournira au RLISS les données de rendement du semestre le plus récent pour les indicateurs mentionnés à l'Annexe 4 : Rendement du système de soins de santé local.
25 novembre 2011	Le RLISS présentera au MSSLD un rapport sur les indicateurs de rendement préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD.
DÉCEMBRE	
Le ou environ le 7 ^e jour ouvrable (la date peut varier selon la fermeture du GL du SIGIF)	Le MSSLD fournira au RLISS un rapport confirmant les dépenses, sommes recouvrables et sommes à payer depuis le début de l'exercice en lien avec les paiements de transfert au RLISS.
30 décembre 2011	Le RLISS présentera au MSSLD un rapport périodique et de consolidation pour le troisième trimestre contenant les prévisions de fin d'exercice et préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD.
JANVIER	
31 janvier 2012	Le RLISS présentera au MSSLD une ébauche du plan d'affaires annuel pour l'exercice 2012-2013 préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD.
31 janvier 2012	Le MSSLD fournira au RLISS les directives de fin d'exercice (y compris les gabarits).
D'ici le 31 janvier 2012	Le RLISS présentera une déclaration de conformité au MSSLD (Attestation)
31 janvier 2012	Les RLISS présenteront au MSSLD un rapport de dépenses trimestrielles préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD.

Date d'échéance	Description de l'élément :
FÉVRIER	
10 février 2012	Le MSSLD fournira au RLISS les données du semestre le plus récent pour les indicateurs mentionnés à l'Annexe 4 : Rendement du système de soins de santé local
15 février 2012	Le MSSLD fournira au RLISS les formulaires et les exigences pour le rapport annuel (contenu non financier)
24 février 2012	Le RLISS présentera au MSSLD un rapport sur les indicateurs de rendement préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD.
24 février 2012	Le RLISS présentera au MSSLD son rapport de réaffectation de fin d'exercice sur les dépenses prévues par rapport aux dépenses réelles en lien avec les réaffectations en cours d'exercice.
MARS	
30 mars 2012	Le MSSLD fournira au RLISS les formulaires et les exigences pour le rapport annuel (contenu non financier)
2012-2013	
AVRIL	
16 avril 2012	Le MSSLD fournira un rapport au RLISS pour confirmer les dépenses réelles provisoires, les sommes recouvrables et celles à payer en lien avec ses paiements de transfert en date du 31 mars de l'exercice précédent.
30 avril 2012	Le MSSLD fournira au RLISS les formulaires nécessaires pour la préparation du rapport de consolidation de fin d'exercice.
30 avril 2012	Le RLISS présentera une déclaration de conformité au MSSLD (Attestation)
30 avril 2012	Les RLISS présenteront au MSSLD un rapport de dépenses préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD.
MAI	
14 mai 2012	Le MSSLD fournira au RLISS les données de rendement du semestre le plus récent pour les indicateurs mentionnés à l'Annexe 4 : Rendement du système de soins de santé local.
14 mai 2012	Le MSSLD fournira au RLISS un rapport contenant <u>une mise à jour</u> des dépenses réelles provisoires, des sommes recouvrables et de celles à payer en lien avec ses paiements de transfert en date du 31 mars de l'exercice précédent.
18 mai 2012	Le MSSLD fournira au RLISS l'affectation <u>préliminaire</u> initiale pour l'exercice 2010-2011 pour fins de planification et de rapport.
28 mai 2012	Le RLISS présentera au MSSLD un rapport sur les indicateurs de rendement préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD.
31 mai 2012	Le RLISS présentera au MSSLD un rapport de consolidation de fin d'exercice préparé à l'aide des formulaires fournis par le MSSLD et une ébauche des états financiers vérifiés si les énoncés signés ne sont pas prêts au 31 mai de chaque exercice financier régi par le présent accord.