

Politique financière communautaire

Pour Santé Ontario – Fournisseurs de services de santé

Ministère de la Santé

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
DÉFINITIONS.....	3
1.0 EXIGENCES FINANCIÈRES GÉNÉRALES	5
2.0 DÉPENSES – COUVERTES ET NON COUVERTES.....	8
2.1 Dépenses couvertes	8
2.1.1 Dépenses couvertes qui nécessitent une approbation préalable écrite	8
2.2 Dépenses non couvertes.....	9
3.0 EXCLUSIONS ET INCLUSIONS DES REVENUS AUX FINS DU CALCUL DE LA SUBVENTION	11
3.1 Revenus devant être inclus dans le calcul de la subvention (revenus non retenus).....	12
3.2 Revenus devant être exclus du calcul de la subvention (revenus retenus).....	13
4.0 RÉAFFECTATION	14
4.1 Réaffectation budgétaire en cours d'exercice	14
4.2 Réaffectation budgétaire permanente	14
4.3 Utilisations admissibles des fonds recouvrables non dépensés au cours de l'exercice	14
4.4 Réaffectations budgétaires en cours d'exercice	14
5.0 ACTIFS.....	15
6.0 ANNEXES : AUCUNE EXIGENCE PROPRE AU SECTEUR	17
6.1 ANNEXE A – Révoquée	17
6.2 ANNEXE B – SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SOUTIEN.....	18
6.3 ANNEXE C – CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE, CLINIQUES DIRIGÉES PAR DU PERSONNEL INFIRMIER PRATICIEN, ÉQUIPES DE SANTÉ FAMILIALE	19
6.3.1 CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE :	19
6.3.2 CLINIQUES DIRIGÉES PAR DU PERSONNEL INFIRMIER PRATICIEN :	23
6.3.3 ÉQUIPES DE SANTÉ FAMILIALE	25
6.4 Annexe D – Services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances.....	28
7.0 ANNEXE	30

INTRODUCTION

Le protocole d'entente conclu entre le ministère de la Santé (MSAN ou Ministère) et Santé Ontario exige que Santé Ontario se conforme à toutes les lois applicables, y compris la *Loi sur la gestion des finances publiques*. La *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*, renforcée par l'entente de reddition de comptes conclue entre le MSAN et Santé Ontario, exige que Santé Ontario signe une entente de responsabilisation en matière de services (ERS) avec les fournisseurs de services de santé qu'elle finance.

Tous les fournisseurs de services de santé doivent respecter les conditions de l'ERS qu'ils ont signée avec Santé Ontario, y compris répondre à certaines exigences financières.

Les « fournisseurs de services de santé communautaires » sont les fournisseurs de services de santé financés par Santé Ontario suivants :

- Les fournisseurs de services de santé qui offrent des services de soins à domicile et en milieu communautaire qui n'incluent pas de services professionnels, y compris des fournisseurs de services de santé financés pour offrir :
 - des services de soins à domicile et en milieu communautaire aux personnes atteintes d'une lésion cérébrale acquise,
 - des services d'aide à la vie autonome,
 - des services d'aides familiales,
 - des services de soutien communautaire;
- Les centres de santé communautaires (CSC);
- Les fournisseurs de services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
- Les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien;
- Les équipes de santé familiale.

La politique financière communautaire de 2023 met à jour la version précédente du document qui regroupait quatre politiques financières ministérielles pertinentes pour les divers secteurs communautaires (voir l'annexe 7). Le document ne constitue pas un examen exhaustif des politiques opérationnelles et aucun changement important n'est prévu.

La section 6 du présent document renferme les annexes précisant les exigences propres aux secteurs.

Des politiques, lignes directrices, directives ou normes supplémentaires s'appliquant aux fournisseurs de services de santé sont énumérées dans l'annexe pertinente de l'ERS.

DÉFINITIONS

DÉPENSES – COUVERTES ET NON COUVERTES

Affectations/réserves : Action d'affecter des fonds de fonctionnement à des fins autres que celles auxquelles ils étaient destinés (p. ex., utiliser des fonds de fonctionnement à des fins d'immobilisations).

Passif éventuel : Un passif éventuel peut être une obligation potentielle résultant d'événements passés ou d'événements futurs incertains dont le contrôle ne relève pas du fournisseur de services de santé, ou une obligation actuelle non comptabilisée parce que soit le fournisseur ne peut la mesurer, soit l'éventualité est improbable (p. ex. une disposition pour les coûts des congés de maladie éventuels ou les bourses salariales anticipées.)

Frais de transport des employés : Frais engagés par les employés pour se rendre de leur domicile à leur lieu de travail et inversement.

Dépenses associées aux services fournis par des tiers autres que l'administration et la coordination : Paiement par le client de services obtenus par l'intermédiaire d'un tiers (p. ex. le paiement du plombier par le client).

Amendes : Amendes encourues en raison d'une infraction à la loi ou d'une erreur, d'une négligence ou d'une incompétence financière (p. ex. des frais associés à l'émission de chèques sans provision ou à des contraventions de stationnement).

Cadeaux et honoraires : Frais associés au coût des cadeaux ou des hommages et à des fêtes pour les employés.

Opérations avec lien de dépendance Toutes les dépenses découlant d'opérations avec lien de dépendance. Une opération avec lien de dépendance est une opération en vertu de laquelle un administrateur ou un agent autorisé du fournisseur de services de santé peut faire en sorte que la valeur ou le coût d'un bien ou d'un service surpasse sa juste valeur marchande.

EXCLUSIONS ET INCLUSIONS DES REVENUS AUX FINS DU CALCUL DE LA SUBVENTION

Frais facturés aux clients devant être inclus dans le calcul de la subvention : Revenu provenant des charges établies pour la prestation de services financés par Santé Ontario ou le Ministère, lorsque la loi le permet.

Frais de consultation ou de formation : Frais facturés pour les services fournis à d'autres organismes (p. ex. formation, consultation ou autres services connexes).

Dons de nature générale : Revenu excédant la somme déterminée dans le processus budgétaire pour la prestation des services financés par Santé Ontario ou le Ministère.

Collecte de fonds : Activités visant à accroître les revenus SANS l'utilisation des ressources financées par Santé Ontario ou le Ministère.

Autres subventions ou octrois (ne provenant pas de Santé Ontario ou du Ministère) : Paiements provenant d'autres ministères, organismes gouvernementaux ou communautaires

pour les frais habituellement subventionnables. Ces revenus ne sont pas comptabilisés ou pris en compte séparément.

Autre revenu : Revenu tiré des charges perçues pour l'utilisation des ressources qui sont subventionnées par Santé Ontario ou le Ministère, p. ex. frais de stationnement, hébergement ou repas des employés ou visiteurs, location de locaux ou de matériel, frais de transport, etc.

Revenu de location : Revenu découlant de la location à d'autres organisations de locaux subventionnés par Santé Ontario ou le Ministère.

Dons en capital, fonds de dotation ou legs : Revenu reçu pour les acquisitions d'immobilisations, les améliorations ou le matériel.

Clients non assurés ou non couverts : Les personnes qui vivent en Ontario et ont du mal à accéder aux soins primaires parce qu'elles n'ont pas d'assurance-maladie sont considérées comme des membres de la population prioritaire aux fins des services fournis par les CSC. Une personne consiste en un client non assuré ou non couvert si elle :

- 1) n'est pas couverte en vertu de l'assurance-santé de l'Ontario;
- 2) n'a pas accès au Programme fédéral de santé intérimaire;
- 3) n'est pas couverte par le régime d'assurance-maladie d'une autre province.

1.0 EXIGENCES FINANCIÈRES GÉNÉRALES

Un fournisseur de services de santé financé par Santé Ontario doit respecter les exigences financières indiquées ci-dessous.

Exigences financières	Considérations
1. États de rapprochement annuel certifiés	L'état de rapprochement annuel doit être certifié par les auditeurs externes du fournisseur de services de santé lorsque le montant total du financement fourni par le Ministère ou Santé Ontario se chiffre à 100 000 \$ ou plus. Le Ministère peut, à sa discrétion, exiger la vérification de la certification du fournisseur de services de santé dont le montant du financement par le Ministère est inférieur à 100 000 \$.
2. Méthode de comptabilité	Les fournisseurs de services de santé doivent tenir des registres financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus (PCGR), aux Normes internationales d'information financière (IFRS) ou aux normes du Conseil sur la comptabilité dans le secteur public, selon les recommandations de leur auditeur.

Exigences financières	Considérations
3. Financement des dépenses en immobilisations	<p>Les fournisseurs de services de santé qui sont admissibles selon la politique relative aux programmes d'immobilisations dans le domaine de la santé communautaire et qui ont besoin de financement pour des projets d'immobilisations peuvent soumettre au Ministère une demande de subvention d'investissement ou être admissibles à un financement dans le cadre du Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure de la santé communautaire.</p> <p>Le processus de soumission d'un projet d'immobilisations proposé aux fins de considérations en matière de financement du Ministère consiste à soumettre une demande d'endossement d'un programme d'immobilisations dans le domaine de la santé communautaire à Santé Ontario.</p> <p>En ce qui concerne le Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure de la santé communautaire, Santé Ontario dispose d'un processus par lequel les organismes communautaires peuvent demander un renouvellement de financement chaque année.</p>
4. Autres paiements	<p>Lorsque les frais sont appropriés et possibles, les fournisseurs de services de santé doivent facturer les tiers, p. ex. la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT). Tous les fonds collectés pour d'autres services de facturation directe se rapportant au Ministère ou à Santé Ontario sont recouvrables par le Ministère.</p>
5. Achats de moins de 50 000 \$ pour de l'équipement et de 25 000 \$ pour les placements en biens à bail et les rénovations	<p>Les achats mineurs de moins de 50 000 \$ pour de l'équipement et de 25 000 \$ pour les placements en biens à bail et les rénovations peuvent être effectués sans l'approbation de Santé Ontario ou du Ministère (selon le bailleur de fonds applicable). Cependant, tous les achats doivent être essentiels à la prestation des services et être effectués avant la fin de l'exercice financier.</p>
6. Les achats de 50 000 \$ ou plus pour de l'équipement et de 25 000 \$ ou plus pour des placements en biens à bail et des rénovations.	<p>Lorsque le budget a été approuvé, les fournisseurs de services de santé doivent faire approuver par écrit par Santé Ontario ou le Ministère tout achat de 50 000 \$ ou plus pour de l'équipement et de 25 000 \$ ou plus pour des placements en biens à bail et des rénovations, sauf si Santé Ontario ou le Ministère avait déjà approuvé un plafond de dépenses plus élevé.</p>

Exigences financières	Considérations
7. Acquisition de biens et de services	<p>Si le fournisseur de services de santé est assujéti aux dispositions de la <i>Loi de 2010 sur la responsabilisation du secteur parapublic en matière d'approvisionnement</i>, il doit se conformer à toutes les directives et lignes directrices applicables émises par le Conseil de gestion du gouvernement.</p> <p>Un fournisseur de services de santé qui n'est pas assujéti aux dispositions de cette loi doit se doter d'une politique d'approvisionnement exigeant que toute acquisition de fournitures, de matériel ou de services d'une valeur supérieure à 25 000 \$ fasse l'objet d'un processus concurrentiel, afin de garantir la meilleure valeur possible en contrepartie des fonds engagés. Un fournisseur de services de santé qui fait l'acquisition de fournitures, de matériel ou de services au moyen de fonds avancés par Santé Ontario ou le Ministère doit suivre un processus conforme à cette politique.</p>
8. Conditions relatives aux emprunts	<p>Lorsqu'ils doivent contracter un emprunt, les fournisseurs de services de santé ne peuvent pas utiliser en garantie les fonds versés par Santé Ontario ou le Ministère ou des immobilisations corporelles acquises à l'aide de tels fonds sans avoir obtenu au préalable le consentement écrit du bailleur de fonds applicable.</p>
9. Fonds recouvrables non dépensés	<p>Tous les fonds recouvrables non dépensés appartiennent au gouvernement et doivent lui être retournés à la fin de l'exercice.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les fonds non dépensés ne peuvent pas être reportés d'un exercice à l'autre. Le recouvrement des fonds non dépensés se fera le plus rapidement possible après la soumission par le fournisseur de services de santé des formulaires de règlement et des états financiers vérifiés. • Les fonds seront recouverts au moyen d'une réduction des futurs paiements / des flux de trésorerie destinés au fournisseur de services de santé. Le recouvrement temporaire des fonds est établi en fonction des formulaires de règlement soumis par les fournisseurs de services de santé. D'autres rajustements pourraient être effectués après l'examen final par Santé Ontario ou le Ministère. Dans certains cas, Santé Ontario ou le Ministère pourra demander au fournisseur de services de santé d'émettre un chèque certifié à l'ordre du « ministre des Finances ».

2.0 DÉPENSES – COUVERTES ET NON COUVERTES

2.1 Dépenses couvertes

Les dépenses réputées raisonnables et nécessaires à la prestation des services sont habituellement incluses dans le calcul de la subvention de fonctionnement. Ces dépenses doivent être autorisées conformément aux politiques du fournisseur de services de santé, congruentes aux politiques gouvernementales, approuvées par Santé Ontario ou le Ministère (selon le cas) et appuyées par des pièces justificatives sur demande.

2.1.1 Dépenses couvertes qui nécessitent une approbation préalable écrite

Voici une liste de dépenses couvertes (c.-à-d. admissibles au calcul de la subvention de fonctionnement) qui nécessitent une approbation préalable écrite.

Dépenses couvertes	Considérations
1. Éléments d'immobilisations	Les éléments d'immobilisations, qui ne font pas partie d'un projet d'immobilisations, peuvent être négociés et inclus dans le budget de fonctionnement, sous réserve de l'approbation de Santé Ontario ou du Ministère, voir la section 1.0 Exigences financières générales en ce qui concerne les achats (p. ex. l'acquisition de nouveau matériel ou le remplacement du matériel existant).
2. Coût de cessation des services	Peut être financé conformément aux dispositions de l'ERS.
3. Coût de constitution en société, de réorganisation ou d'intégration	Aucun
4. Intérêt sur prêts d'immobilisations et de fonctionnement	Aucun
5. Loyers versés à des sociétés liées	Peuvent être financés, à condition que le montant des loyers ne dépasse pas le montant d'un loyer qui serait versé à une société indépendante.
6. Versements sur prêt hypothécaire (capital et intérêts)	Avant qu'un nouveau financement hypothécaire soit approuvé ou qu'une modification soit apportée à des arrangements financiers pris concernant un prêt hypothécaire existant et pour permettre à Santé Ontario d'obtenir l'approbation du Ministère (n'incluant pas le financement d'un programme de logement sans but lucratif couvert par un protocole d'entente intervenu en 2002 entre le ministère de la Santé et le ministère des Affaires municipales et du Logement), le fournisseur de services de santé doit

Dépenses couvertes	Considérations
	fournir à Santé Ontario les documents confirmant que la contribution à un prêt hypothécaire ne dépasse pas un coût de location raisonnable. Ces documents pourraient inclure une attestation professionnelle. S'il accepte, le Ministère protégera les intérêts de la province dans le bien immobilier conformément aux pratiques financières du Ministère qui ont été approuvées.
7. Opérations avec lien de dépendance	Se reporter à la définition sous la rubrique Définitions.
8. Impôts fonciers	Remarque : Les subventions municipales / rabais tenant lieu d'impôts doivent servir à compenser les octrois de Santé Ontario ou du Ministère.

2.2 Dépenses non couvertes

Les dépenses ci-après ne sont pas admissibles aux fins du rapprochement.

Dépenses non couvertes	Considérations
1. Amortissement des immobilisations	L'amortissement doit être comptabilisé dans les comptes de charge d'amortissement appropriés, p. ex. Amortization on Major Equipment – Distributed, F 1 51 04 Amortized Provincial Grants – Equipment, etc. Ils seront inclus dans le processus de rapprochement de fin d'exercice. Les recettes et les charges d'amortissement ne sont pas admissibles aux fins du rapprochement.
2. Affectations/réserves	Se reporter à la définition sous la rubrique Définitions .
3. Passif éventuel	Se reporter à la définition sous la rubrique Définitions .
4. Contribution ou dons à des organismes politiques	Aucun
5. Dons à des particuliers ou à des organismes	Aucun
6. Frais de transport des employés	Se reporter à la définition sous la rubrique Définitions .
7. Dépenses associées aux services fournis par des tiers autres que l'administration et la coordination	Se reporter à la définition sous la rubrique Définitions .
8. Amendes	Se reporter à la définition sous la rubrique Définitions .

Dépenses non couvertes	Considérations
9. Coûts associés aux collectes de fonds	Les recettes et les charges associées aux collectes de fonds doivent être déclarées séparément dans les normes de production de rapports sur les services de santé de l'Ontario et dans la stratégie de gestion de l'information (NPRSSO/SGI) en utilisant le code approprié.
10. Primes, cadeaux et honoraires	Les primes et les honoraires versés aux membres du personnel ou du conseil d'administration ne sont pas admissibles. Les honoraires et les cadeaux modestes accordés à des conférenciers et aux formateurs lors d'ateliers et de séminaires sont admissibles. Les cadeaux modestes offerts aux membres du personnel, aux bénévoles et aux membres du conseil d'administration pour leurs longs états de service sont admissibles. Pour que ces cadeaux soient admissibles, le fournisseur de services de santé doit avoir en place une politique écrite approuvée par son conseil d'administration.
11. Services « en nature » ou offerts sans transfert de fonds	Par exemple, les dons de matériel ne sont pas reconnus à titre de frais admissibles pour le calcul de la subvention. On ne peut pas attribuer une valeur monétaire aux heures de bénévolat et les inclure comme un revenu. Ces services seront comptabilisés dans le SGI pour le fournisseur de services de santé conformément aux PCGR, mais sont exclus aux fins de financement.
12. Articles pour consommation ou usage personnel	Aucun
13. Prêts aux clients et aux membres du personnel	Aucun
14. Coût des médicaments / des soins dentaires d'urgence	En général, le fournisseur de services de santé ne devrait pas prendre en charge le coût des médicaments ou des soins dentaires administrés d'urgence à des clients, sauf dans le cadre de programmes de traitement précis. Ces coûts doivent être pris en charge par la personne, la compagnie d'assurance privée, le Programme de médicaments de l'Ontario (pour les personnes admissibles) ou le Programme de médicaments Trillium. Voir les annexes C (Centre de santé communautaire) et D (Santé mentale et lutte contre les dépendances), section 2.1 pour connaître les exceptions.

Dépenses non couvertes	Considérations
15. Droits d'adhésion à des associations professionnelles	Les droits d'adhésion d'un individu à une association professionnelle ne sont pas admissibles.
16. Provisions pour créances douteuses	Aucune
17. Loyer des locaux	Un fournisseur de services de santé qui reçoit une subvention de financement d'immobilisations du Ministère pour acheter ou construire un nouveau local ou rénover ou agrandir le local existant ne peut pas imputer un loyer pour l'utilisation de l'espace dont le financement a été approuvé par le Ministère ou Santé Ontario. Des frais raisonnables (pouvant normalement satisfaire au critère du caractère raisonnable) engagés pour utiliser l'espace (p. ex., chauffage, électricité, eau) sont permis.
18. Charges payées d'avance applicables aux périodes subséquentes	La méthode de la comptabilité d'exercice est requise en vertu des PCGR et des lignes directrices pour les organismes sans but lucratif des Comptables professionnels agréés de l'Ontario (l'Ordre). Ces frais seront inclus dans le processus de rapprochement de fin d'exercice.
19. Provisions applicables aux périodes subséquentes	La méthode de la comptabilité d'exercice est requise en vertu des PCGR et des lignes directrices pour les organismes sans but lucratif des Comptables professionnels agréés de l'Ontario (l'Ordre). Ces frais sont comptabilisés à titre de charges payées d'avance dans le bilan, compte 126 00. Ces frais seront inclus dans le processus de rapprochement de fin d'exercice.
20. Congé de maladie	<p>Les régularisations qui font partie des opérations régulières et sont payables doivent être divulguées conformément aux PCGR et aux lignes directrices pour les organismes sans but lucratif de l'Ordre – Normes comptables.</p> <p>Déclaré sur le bilan sous le code 425 50 Accrued Current Liabilities – Sick Leave Benefits Payable (vested).</p>

3.0 EXCLUSIONS ET INCLUSIONS DES REVENUS AUX FINS DU CALCUL DE LA SUBVENTION

Les fournisseurs de service de santé doivent appliquer les revenus provenant de Santé Ontario ou du Ministère aux services qu'ils sont autorisés à fournir.

3.1 Revenus devant être inclus dans le calcul de la subvention (revenus non retenus)

Si les fournisseurs de services de santé tirent des revenus des actifs ou des services déjà financés à 100 % par Santé Ontario ou le Ministère, ils doivent soit utiliser les fonds pour les programmes financés par Santé Ontario ou le Ministère (selon le bailleur de fonds applicable), soit les rembourser. Les revenus suivants doivent être inclus dans le calcul de la subvention pour déterminer les revenus non retenus (c.-à-d. le calcul de la subvention).

Revenus non retenus	Considérations
1. Frais facturés aux clients devant être inclus dans le calcul de la subvention	Se reporter à la définition sous la rubrique Définitions .
2. Frais de consultation ou de formation	Se reporter à la définition sous la rubrique Définitions .
3. Recouvrement des dépenses	Les recouvrements ont lieu lorsque les ressources financières, qui devaient financer une activité donnée, sont utilisées temporairement, puis remboursées.
4. Collectes de fonds et dons	Le montant des contributions locales sera déterminé dans le cadre du processus budgétaire.
5. Produits d'intérêt	L'intérêt gagné sur les avances/subventions doit être inclus dans le revenu des programmes financés par Santé Ontario et le Ministère. Les fournisseurs de services de santé peuvent utiliser l'intérêt créditeur gagné sur les fonds versés par Santé Ontario ou le Ministère pour couvrir les activités financées par l'un ou l'autre (selon le cas) au cours du même exercice.
6. Autres subventions ou octrois (ne provenant pas de Santé Ontario ou du Ministère)	Se reporter à la définition sous la rubrique Définitions .
7. Autres revenus	Se reporter à la définition sous la rubrique Définitions .
8. Remises, crédits et remboursements	Tous les remboursements de TVH et autres remises, crédits et remboursements anticipés à la suite de l'utilisation des fonds de Santé Ontario ou du Ministère doivent être inscrits au budget.
9. Remboursement ou recouvrement de dépenses antérieures	Le remboursement ou le recouvrement d'une dépense antérieure est traité comme une réduction de la dépense connexe (le montant du remboursement ou du recouvrement est déduit du total de la facture). Cela peut comprendre le remboursement de la TPS, le recouvrement de paiements excédentaires, le remboursement de ventes, l'essence, les impôts fonciers ou municipaux payés. (Voir les sections 6.3.2 et 6.3.3 de

Revenus non retenus	Considérations
	l'annexe C pour connaître les exigences relatives à la remise sur la TVH concernant les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et les équipes de santé familiale).
10. Revenu de location	Ce revenu doit servir à couvrir des dépenses associées à la location. Les montants excédentaires peuvent être utilisés pour appuyer/rehausser les activités financées par la partie applicable au cours du même exercice. À la fin de l'exercice, le revenu de location qui n'a pas été utilisé pour des activités associées au programme sera recouvré.
11. Déclaration des fonds provenant de sources différentes	Les fournisseurs de services de santé qui reçoivent des fonds provenant de plusieurs sources doivent affecter les dépenses (y compris les coûts d'administration généraux) de manière équitable et appropriée pour chaque source de financement, tenir des comptes séparés pour les fonds versés par Santé Ontario ou le Ministère, et soumettre des rapports séparés décrivant la manière dont ils utilisent ces fonds.

3.2 Revenus devant être exclus du calcul de la subvention (revenus retenus)

Ces sources de revenus doivent être clairement indiquées afin qu'elles ne puissent pas être incluses dans le calcul de la subvention. Ces fonds peuvent être utilisés pour financer d'autres services fournis par le fournisseur de services de santé et (ou) accumulés dans un ou plusieurs fonds à des fins déterminées. Si ces sources de revenus sont maintenues d'un exercice à l'autre, elles doivent être clairement indiquées sur le bilan de l'état financier vérifié. Sinon, le revenu pourrait être utilisé aux fins de fonctionnement.

Revenus retenus	Considérations
1. Dons de nature générale	Se reporter à la définition sous la rubrique Définitions .
2. Collecte de fonds et dons	Se reporter à la définition sous la rubrique Définitions .
3. Produits d'intérêt	Revenu tiré du placement de dons de nature générale ou d'immobilisations non désigné pour les programmes de Santé Ontario ou les programmes ministériels.
4. Dons en capital, fonds de dotation ou legs	Se reporter à la définition sous la rubrique Définitions .

4.0 RÉAFFECTATION

4.1 Réaffectation budgétaire en cours d'exercice

Une fois le budget approuvé, les fournisseurs de services de santé peuvent, au cours de l'exercice financier, réaffecter des fonds afin de fournir les services visés ou de répondre à la demande de services. Il faut obtenir l'accord écrit de Santé Ontario ou du Ministère (selon le cas) avant de réaffecter des fonds :

- pour fournir un service qui ne fait pas partie du budget approuvé;
- pour prodiguer des services approuvés en plus des services visés;
- pour remplacer un type de service approuvé par un autre service;
- pour utiliser des fonds à des fins autres que les fins visées (voir les annexes pour obtenir des précisions).

Les fonds réaffectés peuvent être utilisés uniquement pour des dépenses autorisées, comme il est indiqué ci-dessus.

4.2 Réaffectation budgétaire permanente

Pour transférer des fonds de manière permanente, les fournisseurs de services de santé doivent recourir au processus d'approbation du budget. Ils soumettront un budget qui indique le transfert et mentionneront que le changement a été approuvé au préalable par Santé Ontario ou le Ministère dans l'énoncé qui accompagne le budget. Lorsque le budget sera approuvé, le changement permanent le sera également.

4.3 Utilisations admissibles des fonds recouvrables non dépensés au cours de l'exercice

Les demandes d'utilisation des fonds non dépensés ou excédentaires au cours de l'exercice doivent être soumises par écrit à Santé Ontario ou au Ministère, à moins qu'il y ait des exigences propres au secteur pour les fournisseurs de services de santé couverts par la présente politique. L'utilisation des fonds doit être approuvée et les fonds devront être dépensés avant la fin de l'exercice.

4.4 Réaffectations budgétaires en cours d'exercice

Les fournisseurs de services de santé doivent assurer l'exactitude de leurs prévisions financières dans leurs rapports trimestriels à Santé Ontario ou au Ministère. Les fonds de Santé Ontario ou du Ministère non utilisés, dont la non-utilisation a été confirmée dans les prévisions, peuvent être récupérés au cours de l'exercice et être réaffectés pour couvrir des pressions financières ponctuelles que pourraient connaître d'autres fournisseurs de services de santé.

5.0 ACTIFS

Un registre des actifs doit être tenu pour les biens corporels comme les immeubles, le matériel des installations techniques et les terrains, les véhicules, les ordinateurs et les logiciels, le mobilier et d'autres matériels que le fournisseur de services de santé a achetés à l'aide de fonds de Santé Ontario ou du Ministère. On s'attend à ce que ces actifs soient utilisés pour la prestation des services. Santé Ontario ou le Ministère peut demander l'inventaire des actifs à tout moment.

De plus, si un fournisseur de services de santé devait fermer ou cesser de prodiguer des services, Santé Ontario ou le Ministère (selon le cas) devra approuver l'aliénation des actifs qu'il a financés.

Instructions concernant le registre des actifs

À moins d'indication contraire dans l'ERS ou dans toute autre entente, un fournisseur de services de santé doit énumérer tous les actifs dont le coût d'origine est supérieur à 5 000 \$ et dont la durée d'utilisation est supérieure à un an (le « coût d'origine » est défini comme le coût d'origine de l'actif, incluant le transport et le démarrage, après déduction des escomptes ou du coût total du contrat de location-acquisition).

Les actifs doivent être énumérés selon les catégories ci-après :

- Immeubles et terrains;
- Matériel des installations techniques;
- Améliorations locatives;
- Véhicules, ordinateurs et logiciels, mobilier;
- Autre matériel et autres (préciser).

Les détails doivent comprendre la date de l'achat, le coût, la description (numéro de série si possible) et le taux d'amortissement.

La source des fonds utilisés pour l'achat du bien doit être indiquée (c.-à-d. Santé Ontario, le Ministère, une collecte de fonds ou une donation).

Les fournisseurs de services de santé utilisent la méthode de l'amortissement linéaire conformément aux lignes directrices de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les achats de l'exercice en cours (p. ex. comptabilisés dans les comptes du bilan 32854, 32862, 32871 ou 32884) sont comptabilisés dans le rapport de fin d'année afin de répondre aux besoins de Statistique Canada. Au début du nouvel exercice, on procède au rapprochement de ces comptes avec le total des comptes d'actif (p. ex. 32850, 32857, 32870, 32880).

Une politique d'aliénation des actifs doit être établie. Le registre doit inclure une liste distincte des articles aliénés, y compris la date et les méthodes d'aliénation, ainsi que le produit de l'aliénation. En vertu de l'ERS, le fournisseur de services de santé ne doit pas vendre, louer ou aliéner des actifs acquis au moyen des fonds subventionnés, dont le coût dépassait 25 000 \$ au

moment de l'achat, sans avoir obtenu au préalable le consentement écrit de Santé Ontario ou du Ministère.

Le registre des actifs doit être tenu à jour et correspondre au total de l'actif de fin d'exercice et des comptes d'amortissement dans le bilan.

Le produit de l'aliénation doit être consigné sous la rubrique « Autres revenus ». Le fournisseur de services de santé peut utiliser le produit de l'aliénation pour financer d'autres activités du programme, sous réserve de l'approbation de Santé Ontario ou du Ministère, selon le cas.

6.0 ANNEXES : AUCUNE EXIGENCE PROPRE AU SECTEUR

Les annexes ci-après exposent les exigences additionnelles propres au secteur.

6.1 ANNEXE A – Révoquée

6.2 ANNEXE B – SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SOUTIEN

1.0 EXIGENCES FINANCIÈRES GÉNÉRALES

Frais facturés aux clients : Des frais peuvent être facturés aux clients pour les services de repas à domicile, les ramassages-repas et dîners-sorties, le transport, les repas et les services de transport du service de jour aux adultes, les services d'entretien et de réparation du domicile.

2.0 DÉPENSES – COUVERTES ET NON COUVERTES

Aucune exigence propre au secteur

3.0 EXCLUSIONS ET INCLUSIONS DES REVENUS AUX FINS DU CALCUL DE LA SUBVENTION

Aucune exigence propre au secteur

4.0 RÉAFFECTATION

Aucune exigence propre au secteur

5.0 ACTIFS

Aucune exigence propre au secteur

6.3 ANNEXE C – CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE, CLINIQUES DIRIGÉES PAR DU PERSONNEL INFIRMIER PRATICIEN, ÉQUIPES DE SANTÉ FAMILIALE

6.3.1 CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE :

1.0 EXIGENCES FINANCIÈRES GÉNÉRALES

Aucune exigence propre au secteur

2.0 DÉPENSES – COUVERTES ET NON COUVERTES

2.1 Dépenses couvertes

2.1.1 Financement non couvert :

Les CSC reçoivent des fonds pour fournir des services de diagnostic (laboratoire et radiographie) et d'autres soins spécialisés (couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario) à leurs clients non assurés. Les fonds fournis pour l'achat de ces services ne doivent pas être utilisés à d'autres fins.

Les CSC qui achètent des services de diagnostic et d'autres soins spécialisés pour leurs clients non couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario doivent :

- s'assurer que les paiements effectués pour ces services sont conformes aux barèmes des frais de l'Assurance-santé de l'Ontario;
- couvrir les services des spécialistes uniquement s'ils sont prodigués dans le cabinet du médecin, au domicile du client ou à l'hôpital;
- couvrir uniquement les coûts associés aux soins hospitaliers que le Ministère prendrait en charge pour une personne couverte par l'Assurance-santé de l'Ontario.

Les CSC qui reçoivent des fonds pour les personnes non couvertes doivent rendre compte de la manière dont ces fonds sont dépensés et établir des prévisions des dépenses pour l'exercice financier. Les fonds non dépensés sont sujets à recouvrement. Si la demande de services pour des clients non couverts excède l'affectation annuelle, les CSC peuvent demander des fonds supplémentaires en cours d'exercice auprès de Santé Ontario, qui l'examinera.

2.1.2 Frais pour les activités des CSC :

Les CSC ne doivent pas facturer aux clients individuels (qui sont des résidents de l'Ontario) des services financés par Santé Ontario ou le Ministère. Lorsque les services fournis à un client d'un CSC ont été demandés par un tiers, le CSC doit percevoir les frais applicables du tiers en question ou aviser le client de déposer une demande de règlement auprès du CSC pour les frais associés aux services fournis par le personnel du CSC au nom du tiers en question.

2.1.3 Demandes visant des interactions entre des fournisseurs de services et des clients d'autres provinces du Canada :

Les CSC ne sont pas autorisés à utiliser les fonds de Santé Ontario ou du Ministère pour fournir des services à des clients qui habitent une autre province ni à demander des fonds à cette fin. Lorsqu'un client est couvert par le régime d'assurance-maladie d'une autre province, le CSC doit réclamer les frais d'interaction avec un tel client en utilisant le formulaire de réclamation hors province de l'assurance-santé de l'Ontario ou envoyer la facture directement à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) dans le cas des résidents du Québec.

2.1.4 Demandes visant des interactions entre des fournisseurs de services et des clients d'un autre pays :

Lorsqu'un CSC fournit des services à une personne habitant un autre pays, il doit les lui facturer directement; cependant, les étrangers qui demandent des services ne doivent pas avoir la priorité sur des résidents de l'Ontario.

2.2 Dépenses non couvertes

2.2.1 Droit de licence professionnelle : (p. ex. pour les médecins et les infirmières, etc.)

2.2.2 Coût des médicaments / soins dentaires d'urgence : En général, les CSC ne devraient pas prendre en charge le coût des médicaments ou des soins dentaires administrés d'urgence, sauf dans le cadre de programmes de traitement précis. Ces coûts doivent être pris en charge par la personne, la compagnie d'assurance privée, le Programme de médicaments de l'Ontario (pour les personnes admissibles) ou le Programme de médicaments Trillium. On recommande aux CSC de chercher d'autres sources de couverture des médicaments ou des soins dentaires administrés d'urgence (p. ex. programme Ontario au travail, Programme de médicaments Trillium).

On peut faire exception au cas par cas dans des circonstances atténuantes et d'urgence pour les personnes :

- qui n'ont pas accès à une autre source de couverture de ces dépenses;
- qui pourraient être exposées à un risque ou un danger inutile si ces services ne leur sont pas fournis.

Les dépenses engagées ne doivent pas avoir une incidence négative sur la prestation des services négociés de l'organisme et sur ses engagements financiers.

3.0 EXCLUSIONS ET INCLUSIONS DES REVENUS AUX FINS DU CALCUL DE LA SUBVENTION

Aucune exigence propre au secteur

4.0 RÉAFFECTATION

4.1 Fonds destinés aux clients non couverts

Les fonds destinés aux clients non couverts par l'assurance-santé de l'Ontario sont des fonds prévus en vertu de l'entente de reddition de comptes conclue entre le MSAN et Santé Ontario et ne peuvent pas être réaffectés sans l'appui de Santé Ontario et l'approbation du Ministère.

Santé Ontario examinera les demandes de réaffectation présentées par les CSC et, s'il est d'accord, soumettra une demande écrite officielle à cet effet à la directrice, Direction des soins primaires, Assurance-santé de l'Ontario, au nom des CSC. La demande doit fournir les renseignements suivants :

- La justification de la réaffectation des fonds;
- Le montant total des fonds devant être réaffectés;
- Les détails concernant la manière dont ces fonds seront réaffectés.

4.2 Fonds pour la rémunération des médecins

La rémunération des médecins ne se compose que de leurs salaires et avantages sociaux (les 5 % supplémentaires accordés en fonds d'aide sont exclus). La rémunération des médecins est prévue en vertu de l'entente de reddition de comptes conclue entre le MSAN et Santé Ontario et doit être utilisée aux fins auxquelles elle est prévue. Toute demande de réaffectation de ces types de fonds en cours d'exercice doit recevoir l'appui de Santé Ontario et l'approbation du Ministère.

Les demandes de réaffectation des excédents de fonds destinés aux médecins au sein du secteur des CSC en raison de postes vacants et (ou) de départs devraient d'abord viser la prestation de services directs selon les besoins de l'organisme et la demande des clients. Les demandes admissibles comprennent, sans toutefois s'y limiter, la réaffectation de fonds pour embaucher/rembourser d'autres fournisseurs de soins de santé comme les médecins suppléants, les médecins se déplaçant à domicile, le personnel infirmier praticien et (ou) autre personnel de soins primaires pour soutenir la prestation de services de soins primaires continus aux clients. Les demandes de réaffectation des excédents de fonds destinés aux médecins en vue d'offrir aux clients non couverts des services de diagnostic et de soins/consultations auprès de spécialistes sont également admissibles.

Santé Ontario examinera les demandes de réaffectation présentées par les CSC et, s'il est d'accord, soumettra une demande écrite officielle à cet effet à la directrice du Ministère, Direction des soins primaires, Assurance-santé de l'Ontario, au nom des CSC. La demande doit fournir les renseignements suivants :

- Le motif de la demande;
- Le montant total des fonds devant être réaffectés;
- Les détails concernant la manière dont ces fonds seront réaffectés.

4.2.1 Postes vacants

Les CSC devraient s'efforcer de veiller à ce que tous les postes de médecins soient pourvus en tout temps et de recruter lorsque des postes deviennent vacants.

Poste vacant ad hoc / de façon inattendue (ou congé autorisé pendant un maximum de 12 mois) : Les CSC élaboreront des solutions à l'interne pour remplacer un médecin devant s'absenter pendant au plus 12 mois.

Poste vacant de façon continue (récurrente) : Les CSC dans lesquels des postes demeurent vacants de façon récurrente/continue pendant plus de 12 mois doivent déployer un effort concerté pour recruter des médecins afin de pourvoir ces postes. Ces CSC peuvent demander une réaffectation partielle au début de l'exercice financier pour la prestation de services directs, comme cela est indiqué ci-dessus, tout en poursuivant leur processus de recrutement pour pourvoir les postes de médecin vacants. En outre, ils doivent présenter à Santé Ontario un plan de fin d'année en matière de recrutement et de maintien en poste des fournisseurs de soins primaires. Le plan devrait porter sur ce qui suit :

- Le ou les motifs pour lesquels les postes sont vacants;
- Une explication des défis que représente le processus de recrutement;
- Les détails des efforts de recrutement déployés par le CSC.

4.2.2 Avantages sociaux des médecins

Il est permis de regrouper la part destinée aux avantages sociaux des fonds octroyés pour les médecins afin que l'organisme souscrive des régimes d'avantages sociaux et de retraite collectifs lorsque :

- des postes de médecin ETP sont pourvus;
- des postes deviennent vacants de façon ponctuelle/inattendue;
- la demande de réaffectation a été approuvée.

Poste vacant ad hoc / de façon inattendue (ou congé autorisé pendant plus de 12 mois) : Si un poste devient vacant au cours de l'exercice financier et que le CSC n'a pas obtenu d'approbation relative à la réaffectation, le CSC devra remettre l'excédent de fonds provenant de la portion salariale des fonds octroyés pour les médecins. Les CSC ne sont pas tenus de remettre les fonds affectés aux avantages sociaux des médecins puisqu'ils devraient déjà avoir cotisé aux régimes d'avantages sociaux et de retraite. Dans certains cas, si un remplaçant a été trouvé et que l'approbation a été obtenue afin de pourvoir les postes vacants à court terme, le CSC devrait payer les avantages sociaux pour ce poste également.

Poste vacant de façon continue (récurrente) : Les CSC ayant des postes vacants de façon récurrente pendant au moins 12 mois ne peuvent pas regrouper les avantages sociaux des médecins pour que l'organisme souscrive des régimes d'avantages sociaux et de retraite collectifs, à moins d'avoir obtenu l'approbation de la réaffectation.

5.0 ACTIFS

Aucune exigence propre au secteur

6.3.2 CLINIQUES DIRIGÉES PAR DU PERSONNEL INFIRMIER PRATICIEN :

1.0 EXIGENCES FINANCIÈRES GÉNÉRALES

Le budget de chaque clinique dirigée par du personnel infirmier praticien est réparti dans trois* catégories budgétaires semi-globales :

- Les ressources humaines annuelles;
- Les coûts indirects;
- Le budget ponctuel et toute modification constituant la base des rapports financiers trimestriels.

* REMARQUE : Le Ministère et (ou) Santé Ontario peuvent choisir de préserver une droite de budget en dehors de ces catégories (p. ex. les coûts des locaux) dans certaines circonstances où des exigences particulières en matière de production de rapports sont requises.

2.0 DÉPENSES – COUVERTES ET NON COUVERTES

Aucune exigence propre au secteur

3.0 EXCLUSIONS ET INCLUSIONS DES REVENUS AUX FINS DU CALCUL DE LA SUBVENTION

Aucune exigence propre au secteur

4.0 RÉAFFECTATION

Les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien peuvent réaffecter des fonds allant jusqu'à 10 000 \$ (le « seuil de tolérance ») entre et dans les catégories budgétaires admissibles. La réaffectation admissible du financement entre les droites de budget approuvées doit être notée au bas des rapports financiers trimestriels.

Les catégories budgétaires admissibles comprennent les suivantes :

- Ressources humaines (exclut les allocations aux médecins);
- Catégorie des coûts indirects;
- Catégorie ponctuelle.

Les demandes de réaffectation de fonds excédant le seuil de tolérance (applicable uniquement aux réaffectations admissibles) doivent être soumises par écrit à Santé Ontario, et la clinique dirigée par du personnel infirmier praticien doit obtenir une approbation écrite de Santé Ontario avant de procéder. Santé Ontario examinera la demande de réaffectation selon les critères suivants :

- La clinique dirigée par du personnel infirmier praticien est en règle;
- Les progrès réalisés jusqu'à présent par la clinique dirigée par du personnel infirmier praticien ont répondu aux attentes;

- La demande de réaffectation s’inscrit dans la portée des résultats initialement approuvés pour la clinique dirigée par du personnel infirmier praticien.

Une réponse écrite, comprenant les résultats de l’examen, sera fournie à la clinique dirigée par du personnel infirmier praticien.

Les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien ne sont pas autorisées à réaffecter des fonds autrement que de la façon indiquée ci-dessus.

Les réaffectations non admissibles seront récupérées au moment prévu par Santé Ontario. Santé Ontario n’est pas responsable des dépenses ou des réaffectations non approuvées.

4.1 Remises sur la TVH

Les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien sont admissibles à titre d’organismes sans but lucratif puisqu’elles reçoivent au moins 40 % de leur financement du gouvernement provincial. La provenance de leur financement les rend admissibles à demander des remises pour les composantes provinciales et fédérales de la TVH payée ou payable sur la plupart des intrants utilisés pour fournir des fournitures exonérées. Lorsqu’elles fournissent des états financiers, les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien doivent déclarer les coûts réels nets de la remise et comptabiliser la remise prévue à titre de créance de façon à ce que leurs états financiers tiennent compte des dépenses réelles. Les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien qui choisissent de ne pas comptabiliser les dépenses nettes de la remise doivent d’abord demander l’autorisation de réaffecter la remise aux coûts opérationnels. Ces cliniques doivent communiquer avec l’Agence du revenu du Canada pour obtenir des renseignements et des formulaires. À la fin de l’exercice, le Ministère récupérera toute remise sur la TVH qu’il n’a pas approuvée pour une utilisation par la clinique dirigée par du personnel infirmier praticien.

4.2. Réaffectation du financement des médecins

Les demandes de réaffectation du financement des médecins collaborateurs au sein de cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien peuvent être utilisées principalement pour la prestation directe de services en fonction des besoins de l’organisation et de la demande du client.

Les demandes admissibles comprennent, sans toutefois s’y limiter, la réaffectation de fonds pour embaucher/rembourser d’autres fournisseurs de soins de santé interprofessionnels, comme le personnel infirmier praticien, les travailleurs sociaux, les diététistes, les coordonnateurs de soins et (ou) d’autres personnels de soins primaires, pour soutenir la prestation de services de soins primaires continus aux clients.

Santé Ontario examinera les demandes de réaffectation présentées par les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et, s’il est d’accord, soumettra une demande écrite officielle à cet effet à la directrice, Direction des soins primaires, Assurance-santé de l’Ontario, au nom de la clinique dirigée par du personnel infirmier praticien. La demande doit comprendre les renseignements suivants :

- Le motif de la demande;
- Le montant total des fonds devant être réaffectés;
- Les détails concernant la manière dont ces fonds seront réaffectés.

5.0 ACTIFS

Aucune exigence propre au secteur

6.3.3 ÉQUIPES DE SANTÉ FAMILIALE

1.0 EXIGENCES FINANCIÈRES GÉNÉRALES

Le budget de chaque équipe de santé familiale est réparti dans cinq* catégories budgétaires semi-globales :

- Coûts indirects opérationnels;
- Ressources humaines;
- Rémunérations à la vacation de spécialiste;
- Consultation de médecin;
- Financement ponctuel.

* REMARQUE : Le Ministère et (ou) Santé Ontario peuvent choisir de préserver une droite de budget en dehors de ces cinq catégories (p. ex. les coûts des locaux) dans certaines circonstances où des exigences particulières en matière de production de rapports sont requises.

2.0 DÉPENSES – COUVERTES ET NON COUVERTES

Aucune exigence propre au secteur

3.0 EXCLUSIONS ET INCLUSIONS DES REVENUS AUX FINS DU CALCUL DE LA SUBVENTION

Aucune exigence propre au secteur

4.0 Réaffectation

Les équipes de santé familiale peuvent réaffecter des fonds allant jusqu'à 10 000 \$ (le « seuil de tolérance »), entre et dans les catégories budgétaires semi-globales admissibles, sans nécessiter l'approbation écrite de Santé Ontario, sauf exception :

- De toute catégorie vers la catégorie de consultation de médecin, et vice-versa;
- De toute catégorie vers la rémunération des médecins, et vice-versa, y compris les rémunérations à la vacation de spécialiste.

Les demandes de réaffectation de fonds excédant le seuil de tolérance (applicable uniquement aux réaffectations admissibles) doivent être soumises par écrit à Santé Ontario. L'équipe de santé familiale doit obtenir l'approbation écrite de Santé Ontario avant de procéder. Santé Ontario examinera la demande de réaffectation selon les critères suivants :

- L'équipe de santé familiale est en règle;
- Les progrès réalisés jusqu'à présent par l'équipe de santé familiale ont répondu aux objectifs, tels que décrits dans les exigences fixées au départ;
- La demande de réaffectation s'inscrit dans les attentes du programme / service de l'équipe de santé familiale, telles que décrites dans les exigences fixées au départ;

Le financement peut être réaffecté à tout fournisseur de soins de santé interprofessionnel que l'équipe de santé familiale détermine comme nécessaire aux soins appropriés au patient. La rémunération doit être conforme au régime de rémunération approuvé de l'organisation.

Les réaffectations de financement aux fournisseurs de soins de santé interprofessionnels ne doivent pas entraîner de réduction des soins de première ligne (engagements en matière de dotation, tels que décrits dans les exigences fixées au départ).

Santé Ontario n'est pas responsable des dépenses ou des réaffectations non approuvées. Les réaffectations non admissibles seront récupérées au moment prévu par Santé Ontario.

4.1 Remises sur la TVH

Les équipes de santé familiale sont admissibles à titre d'organismes sans but lucratif puisqu'elles reçoivent au moins 40 % de leur financement du gouvernement provincial. La provenance de leur financement les rend admissibles à demander des remises pour les composantes provinciales et fédérales de la TVH payée ou payable sur la plupart des intrants utilisés pour fournir des fournitures exonérées. Lorsqu'elles fournissent des états financiers, les équipes de santé familiale doivent déclarer les coûts réels nets de la remise et comptabiliser la

remise prévue à titre de créance de façon à ce que leurs états financiers tiennent compte des dépenses réelles. Les équipes de santé familiale qui choisissent de ne pas comptabiliser les dépenses nettes de la remise doivent d'abord obtenir l'approbation de réaffecter la remise aux coûts opérationnels. Les équipes de santé familiale doivent communiquer avec l'Agence du revenu du Canada pour obtenir des renseignements et des formulaires.

4.2. Réaffectation du financement des médecins

Les demandes de réaffectation du financement des médecins collaborateurs au sein d'équipes de santé familiale peuvent être utilisées principalement pour la prestation directe de services en fonction des besoins de l'organisation et de la demande du client.

Les demandes admissibles comprennent, sans toutefois s'y limiter, la réaffectation de fonds pour embaucher/rembourser d'autres fournisseurs de soins de santé interprofessionnels, comme le personnel infirmier praticien, les travailleurs sociaux, les diététistes, les coordonnateurs de soins et (ou) d'autres personnels de soins primaires, pour soutenir la prestation de services de soins primaires continus aux clients.

Santé Ontario examinera les demandes de réaffectation présentées par les équipes de santé familiale et, s'il est d'accord, soumettra une demande écrite officielle à cet effet à la directrice, Direction des soins primaires, Assurance-santé de l'Ontario, au nom de l'équipe de santé familiale. La demande doit fournir les renseignements suivants :

- Le motif de la demande;
- Le montant total des fonds devant être réaffectés;
- Les détails concernant la manière dont ces fonds seront réaffectés.

5.0 ACTIFS

Aucune exigence propre au secteur

6.4 Annexe D – Services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances

1.0 EXIGENCES FINANCIÈRES GÉNÉRALES

Aucune exigence propre au secteur

2.0 DÉPENSES – COUVERTES ET NON COUVERTES

2.1 Dépenses couvertes

Aucune exigence propre au secteur

2.2 Dépenses non couvertes

Coût des médicaments / soins dentaires d'urgence : En général, le fournisseur de services de santé ne devrait pas prendre en charge le coût des médicaments ou des soins dentaires administrés d'urgence à des clients, sauf dans le cadre de programmes de traitement précis. Ces coûts doivent être pris en charge par la personne, la compagnie d'assurance privée, le Programme de médicaments de l'Ontario (pour les personnes admissibles) ou le Programme de médicaments Trillium.

Exceptions :

- Les fournisseurs de services de santé dont les clients sont admissibles à l'allocation pour besoins personnels et à l'assurance-médicaments et soins dentaires.
- Les fournisseurs de services de santé parrainés par des hôpitaux qui peuvent être appelés à dispenser des médicaments à même leur budget global.
- Les fournisseurs de services de santé qui dispensent certains médicaments ou suppléments (p. ex. la thiamine), conformément aux meilleures pratiques en matière de traitement de la dépendance.

On recommande aux fournisseurs de services de santé de rechercher d'autres sources de financement des médicaments (par exemple le programme Ontario au travail, le Programme de médicaments Trillium) et d'aider leurs clients à soumettre des demandes aux programmes qui continueront de les aider lorsqu'ils ne feront plus partie d'un programme de traitement qui leur administre des médicaments. Cependant, les fournisseurs de services de santé peuvent prendre en charge le coût des médicaments ou des soins dentaires au cas par cas pour les clients qui n'ont pas d'autres sources de couverture pour ces traitements.

3.0 EXCLUSIONS ET INCLUSIONS DES REVENUS AUX FINS DU CALCUL DE LA SUBVENTION

Frais associés aux services non financés par Santé Ontario ou le Ministère : Les fournisseurs de services de santé ne peuvent pas facturer de frais pour des services communautaires de santé

mentale et de lutte contre les dépendances financés par Santé Ontario ou le Ministère. Ces services doivent être fournis à la population gratuitement. Toutefois, les fournisseurs de services de santé fournissant des services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances peuvent facturer :

- aux clients les activités connexes non couvertes par Santé Ontario ou le Ministère, comme les frais de transport ou de divertissement;
- les frais de photocopie lorsque les clients demandent une copie de leur dossier;
- les services rendus à des tiers, p. ex. la Société d'aide à l'enfance, les avocats et les régimes d'assurance pour la production des formulaires requis;
- aux compagnies d'assurance privées et aux clients de l'extérieur de l'Ontario les services de traitement.

Tout comme pour les fonds collectés, ces fonds doivent être déclarés sous « Autre revenu » et être utilisés pour couvrir le coût de la prestation des services non financés par Santé Ontario ou le Ministère. Les fonds excédentaires peuvent être utilisés pour financer d'autres activités associées au programme.

Frais associés à d'autres programmes/services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances : Les fournisseurs de services de santé qui reçoivent des fonds d'organismes pour gérer des programmes distincts (p. ex. le programme Bonne conduite) dans le cadre d'un programme financé par Santé Ontario ou le Ministère ou pour fournir des services en utilisant des lits financés par Santé Ontario ou le Ministère doivent déclarer tous les revenus provenant de ces sources.

Dans le cas du financement de programmes, comme le programme Bonne conduite, le fournisseur de services de santé peut affecter une partie du financement reçu aux frais généraux et utiliser ce financement pour couvrir les frais de bureau et les activités financées par Santé Ontario ou le Ministère.

Si un fournisseur de services de santé facture un tiers (p. ex. une compagnie d'assurance privée, un client de l'extérieur de l'Ontario) pour des lits et le temps du personnel déjà pris en charge par Santé Ontario ou le Ministère, le fournisseur de services de santé doit déclarer le revenu gagné.

4.0 RÉAFFECTATION

Paiement à la séance : Cette rémunération doit être conforme aux *Psychiatric Sessional Funding Guidelines* (2004) du Ministère. Le paiement à la séance doit se faire aux tarifs négociés par l'Ontario Medical Association et le Ministère dans l'*Entente sur les services de médecin*.

L'allocation pour le paiement à la séance ne peut être utilisée à aucune autre fin, que ce soit sur une base ponctuelle ou annuelle. Cependant, le paiement à la séance peut être réaffecté à d'autres fournisseurs de services de santé pour permettre de fournir les services connexes, sous réserve de l'approbation de Santé Ontario en collaboration avec le Ministère.

Les fournisseurs de services de santé ne peuvent pas utiliser ces fonds pour créer de nouveaux paiements à la séance.

Le Ministère récupérera les fonds pour les paiements à la séance non utilisés.

Les fonds pour les paiements à la séance ne peuvent pas être utilisés pour compléter les honoraires des psychiatres qui traitent des patients externes, ou le montant du budget total prévu pour ces honoraires. Les honoraires des psychiatres qui traitent des patients externes et le budget alloué aux paiements à la séance ne peuvent pas être cumulés. Le Ministère effectue le rapprochement séparé des fonds pour les honoraires des psychiatres qui traitent des patients externes et pour les paiements à la séance.

Fonds destinés aux Initiatives pour les consommateurs et les survivants et aux services de traitement de la dépendance au jeu : Les fournisseurs de services de santé doivent obtenir l'autorisation de Santé Ontario ou du Ministère pour utiliser ces fonds à d'autres fins s'ils ne peuvent pas les consacrer à ces initiatives.

5.0 ACTIFS

Aucune exigence propre au secteur

7.0 ANNEXE

Sections de documents sources de la Politique financière originale comprises dans la présente Politique financière communautaire

Titre du document source	Politiques financières connexes
1. <i>2001/2002 Planning, Funding & Accountability Policy & Procedures Manual for Long-Term Care Community Services</i> , 8 ^e édition, décembre 2000;	1.3 Budgeting and Reporting Procedures 1.3.1 Funding for Long-Term Care Community Services 1.3.4 Definitions of Expenditures and Revenues 1.3.5 Admissible and Non-Admissible Expenditures 1.3.6 Revenue, Exclusions and Inclusions from the Subsidy Calculation 1.3.7 Allocation of Expenditures and Revenues to Services

Titre du document source	Politiques financières connexes
	<ul style="list-style-type: none"> 1.3.10 Audited Financial Report and Annual Reconciliation Report 1.3.11 Maintaining a Registry of Assets
<p>2. <i>Operating Manual for Mental Health Services and Addictions Treatment Services (Substance Abuse and Problem Gambling Services) Funded by the Ministry of Health and Long-Term Care, décembre 2003;</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Chapter 3: Financial Record Keeping and Reporting Requirements <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Annual Operating Budget 3.2 Funding from MOHLTC 3.3 Funding from Other Sources 3.4 Unspent/Surplus Funds 3.5 Allowable Expenses 3.6 Internal Financial Controls
<p>3. <i>Community Health Centre Policies & Procedures Manual, décembre 2001;</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Chapter 6 Financial Requirements <ul style="list-style-type: none"> 6.2 Financial Accountability (6.2.6) 6.5 Financial Reporting (6.5.5)
<p>4. Politique de financement du MSSLD (comprise dans le document budgétaire/plan financier des CASC).</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Réaffectation budgétaire en cours d'exercice 2. Politiques de financement et de responsabilisation <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Dépenses couvertes et non couvertes 2.2 Exclusions et inclusions des revenus aux fins du calcul de la subvention