

les provinces le coût de certains services hospitaliers rendus aux malades assurés. Les modes de financement et d'administration des régimes provinciaux, ainsi que les genres de services à offrir au-delà du minimum prescrit par la loi, incombent aux provinces.

La loi fédérale vise seulement les services des hôpitaux agréés pour traiter certaines affections (affections aiguës, maladies chroniques et convalescence). Les hôpitaux pour tuberculeux et pour malades mentaux et les établissements qui fournissent des soins de garde sont exclus du régime fédéral-provincial. Cependant les quartiers de psychiatrie et de phthisiologie des hôpitaux généraux sont compris.

Les prestations de base aux hospitalisés prescrites par la loi dans chaque province comprennent le logement et les repas dans les salles communes, les services infirmiers, les médicaments et produits biologiques, les fournitures chirurgicales, l'utilisation des salles d'opération et d'accouchement, le diagnostic (y compris les examens radiologiques et les tests de laboratoire), les interprétations médicales nécessaires et l'utilisation des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent. Bien que la loi fédérale permette d'accorder une assistance semblable aux malades externes, elle n'y oblige pas les provinces. Toutes les provinces, sauf une, pouvaient sous le régime d'assurance à des services pour les malades externes. Les régimes varient d'une province à l'autre, mais les services offerts comprennent les soins d'urgence à la suite d'accidents, les services de diagnostic et les services thérapeutiques et certains petits traitements chirurgicaux et médicaux. Quelques provinces assurent certains services psychiatriques aux malades externes.

L'administration et le financement des programmes varient sensiblement d'une province à l'autre: recettes générales, taxes de vente provinciales et primes individuelles, séparément ou conjointement*. Le gouvernement fédéral verse à chaque province 25 p. 100 du coût par habitant des services internes pour l'ensemble du Canada, plus 25 p. 100 des frais des services internes au sein de la province, multipliés par la moyenne de personnes assurées, pour l'année, dans la province. À l'échelon national, la participation fédérale totale s'élève à 50 p. 100 environ des frais partageables. Toutefois, cette proportion varie d'une province à l'autre; elle est plus élevée dans le cas des régimes peu coûteux que dans celui des régimes plus coûteux. Les versements aux provinces en vertu du régime, du 1^{er} juillet 1958 au 31 décembre 1965, se sont chiffrés par presque 2,100 millions de dollars. En 1965, les subventions fédérales aux provinces† et territoires se sont élevées à 327 millions, ainsi réparties: Terre-Neuve, \$11,100,000; Île-du-Prince-Édouard, \$2,300,000; Nouvelle-Écosse, \$17,200,000; Nouveau-Brunswick, \$14,100,000; Ontario, \$162,200,000; Manitoba, \$22,100,000; Saskatchewan, \$24,500,000; Alberta, \$33,400,000; Colombie-Britannique, \$38,900,000; Yukon, \$322,000 et les Territoires du Nord-Ouest, \$675,000.

Les tableaux 2 et 3 donnent des renseignements sur les hôpitaux énumérés dans les accords relatifs à l'assurance-hospitalisation. La majorité des hôpitaux énumérés dans ces accords sont des hôpitaux «soumis à l'examen du budget» c'est-à-dire dont le budget doit être approuvé par la province. Cette catégorie comprend les hôpitaux généraux publics spécialisés dans le traitement des affections aiguës et dans les soins de courte durée, les hôpitaux spéciaux comme les hôpitaux spécialisés en pédiatrie, maternité, orthopédie et les hôpitaux pour maladies chroniques. Les accords énumèrent aussi les hôpitaux sous contrat et les hôpitaux fédéraux. Les hôpitaux sous contrat sont des hôpitaux privés qui fournissent aux assurés des soins hospitaliers moyennant un tarif quotidien, par patient, fixé par contrat.

À venir jusqu'à la fin de 1964, les 1,295 hôpitaux répondants (toutes catégories) déclaraient un total de 132,623 lits et berceaux dressés, soit une capacité de 6.9 lits pour

* Voici les différentes façons dont l'assurance-hospitalisation est financée: (1) recettes générales seulement—Québec, Terre-Neuve, Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick, Yukon et le gouvernement fédéral; (2) recettes générales plus une rétribution quotidienne au moment où les services sont fournis—Colombie-Britannique, Alberta et les Territoires du Nord-Ouest; (3) taxe de vente seulement—Nouvelle-Écosse; (4) primes, taxe de vente et autres recettes générales—Saskatchewan; et (5) primes augmentées des subsides provenant des recettes générales—Ontario et Manitoba.

† Depuis le 1^{er} janvier 1965, le gouvernement fédéral n'effectue plus de versements à la province de Québec aux termes du régime d'assurance-hospitalisation, un système d'abattement de l'impôt ayant remplacé cette première méthode.