

Le régime doit être d'application universelle, c'est-à-dire accessible à tous les résidents de la province, et cela à des conditions uniformes. Il doit en outre s'appliquer au moins à 95% de la population totale admissible. Cette clause «d'uniformité des conditions» a pour but d'assurer que le régime est bien mis à la disposition de tous les résidents et d'empêcher toute discrimination en ce qui concerne les primes pour des raisons de santé, d'âge, de non-participation à un groupe ou autres considérations. Dans le cas d'un système de financement par primes, une aide financière totale ou partielle peut être apportée aux groupes à revenu modique. Chaque province doit décider si ses résidents seront assurés en vertu d'un programme obligatoire ou facultatif. La loi fédérale permet de faire payer des frais d'utilisation au moment du recours à un service, pourvu qu'ils n'empêchent pas les assurés, en raison du montant trop élevé ou des modalités d'application, d'avoir accès aux soins médicaux nécessaires, surtout dans le cas des groupes à faible revenu.

Le régime doit assurer la transférabilité des prestations lorsqu'un résident qui a payé ses primes, si prime il y a, s'absente temporairement de la province et lorsqu'il élit domicile dans une autre province participante.

Le régime provincial d'assurance-maladie doit être administré sans but lucratif par une autorité publique comptable au gouvernement provincial de ses opérations financières. Les provinces peuvent confier certaines fonctions administratives à des organismes privés.

Les critères énumérés ci-dessus laissent aux provinces une assez grande liberté pour administrer leur régime d'assurance-maladie et choisir le mode de financement qu'elles préfèrent: primes, taxe de vente, autres recettes provinciales, combinaison de diverses méthodes sont autant de possibilités. Au cours de l'année financière 1971-72, les contributions fédérales aux provinces en vertu de ce régime se sont élevées à 589 millions de dollars.

Les programmes provinciaux qui offrent des services de soins (exception faite de ceux qui sont assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux) aux assistés sociaux jugés incapables d'assumer des frais médicaux bénéficient d'une aide financière grâce au Régime d'assistance publique du Canada. Aux termes de ce programme le gouvernement fédéral paie la moitié du coût des services de soins personnels, ainsi que les services d'assistance sociale. Les provinces peuvent établir autant de prestations qu'elles désirent relativement aux soins médicaux.

6.1.1.2 Assurance-hospitalisation

Les régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation, en vigueur dans toutes les provinces et les territoires depuis 1961, s'appliquent à 99% de la population du Canada. En vertu de la Loi fédérale de 1957 sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, le gouvernement fédéral partage avec les provinces le coût de certains services hospitaliers aux malades assurés aux termes de ces régimes. Sont nommément exclus les hôpitaux et sanatoriums pour tuberculeux, les hôpitaux ou établissements pour maladies mentales et les maisons de soins, par exemple les maisons de repos et les hospices pour vieillards. Les modalités d'administration et de financement des régimes provinciaux et la fourniture de services au-delà du minimum exigé par la Loi sont laissées à la discrétion des provinces.

Les services assurés, s'il s'agit de malades hospitalisés, doivent comprendre l'hébergement, les repas, les soins infirmiers nécessaires, les examens diagnostiques, les produits pharmaceutiques, l'usage des salles d'opération et d'accouchement, les services d'anesthésie et l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie quand ils sont disponibles. Des services analogues peuvent être inclus dans les régimes provinciaux à l'intention des malades externes et la Loi autorise une contribution à cet égard. Tous les régimes provinciaux comportent un certain nombre de services aux malades externes, lesquels sont même assez diversifiés dans la plupart des cas. Le gouvernement du Canada puise dans le Fonds du revenu consolidé pour verser à chaque province un montant égal à 25% du coût par habitant des services aux hospitalisés pour l'ensemble du Canada, plus 25% du coût par habitant de ces mêmes services pour la province, multiplié par le nombre moyen d'assurés dans la province. Ainsi, la contribution totale représente environ 50% du coût à partager pour l'ensemble du Canada, mais la proportion de l'aide fédérale est plus élevée pour les provinces où le coût par habitant est inférieur à la moyenne nationale, et moins élevée pour les autres. Dans chaque province, les contributions au titre des services aux malades externes assurés sont payées dans la même proportion que celles au titre des services aux malades hospitalisés.

En vertu de la Loi sur les programmes établis (Arrangements provisoires), une province peut se retirer de divers programmes fédéraux-provinciaux, y compris du régime d'assurance-hospitalisation. C'est ce que fit le Québec le 1^{er} janvier 1965. En conséquence, la