

gouvernements fédéral et provinciaux ont décidé de créer un comité chargé de définir les priorités des mesures à prendre.

### 5.1.1 Soins de santé

**Assurance-maladie.** La Loi sur les soins médicaux a été adoptée par le Parlement en décembre 1966 et les montants que le gouvernement fédéral doit verser aux provinces participantes sont devenus payables à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1968. Au 1<sup>er</sup> avril 1972 toutes les provinces et les territoires avaient adhéré au régime fédéral. En vertu de la Loi, les contributions fédérales sont égales à la moitié du coût par personne de l'ensemble des services assurés du programme national fournis aux termes des régimes des provinces, l'administration mise à part, multiplié par le nombre d'assurés dans chaque province. Les régimes provinciaux doivent satisfaire aux critères minimum décrits dans les paragraphes qui suivent.

Il est essentiel que le régime englobe tous les services dispensés par un médecin ou un chirurgien. Il ne doit pas y avoir de montant limite ni d'exception, sauf si les services ne sont pas requis d'un point de vue strictement médical. Le régime fédéral comprend non seulement les services qui étaient, de façon générale, plus ou moins couverts par les régimes privés d'assurance-maladie, mais aussi les services de prévention et de thérapeutique qui relevaient traditionnellement de chaque province, par exemple les soins médicaux dans les hôpitaux pour maladies mentales et pour tuberculeux, ainsi que les soins préventifs dispensés par les médecins des services d'hygiène publique.

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 (en fait, les régimes s'appliquent à plus de 99% des personnes admissibles). Cette clause «d'uniformité des conditions» vise à garantir que le régime est bien mis à la disposition de tous les résidents et à empêcher toute discrimination en ce qui concerne les primes pour des raisons de santé, d'âge, de non-adhésion 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 faible revenu. 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 primes 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 toutefois confier certaines fonctions administratives à des organismes privés.

Ces critères 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 1973-74, les contributions fédérales aux provinces au titre de ce programme se sont élevées à \$678 millions.

Les programmes provinciaux qui offrent des services de soins (autres que ceux déjà assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux) aux assistés sociaux admissibles en raison d'incapacité financière, bénéficient d'une aide 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 des services d'assistance sociale. Les provinces sont libres d'offrir toute une gamme de services médicaux.

**Assurance-hospitalisation.** Les régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation, en vigueur dans toutes les provinces et les territoires depuis 1961, couvrent 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 établissements offrant des soins de garde, par exemple les maisons de repos et les hospices pour vieillards. Les modalités d'administration et de financement des régimes