

facultative. Ce régime est le seul où l'adhésion soit semi-facultative. En Alberta, la prime unique pour l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation est de \$5.75 par mois pour les personnes seules et de \$11.50 pour les familles. En Ontario et en Alberta, une assistance-prime est consentie à certains groupes à faible revenu, et les personnes de 65 ans et plus ne paient pas de primes.

L'Alberta, la Colombie-Britannique et les Territoires du Nord-Ouest font payer directement par les malades des frais autorisés pour les services couverts par l'assurance. En Alberta, les malades autres que les nouveau-nés hospitalisés dans les hôpitaux généraux paient \$5 pour la première journée d'hospitalisation, tandis que les malades qui reçoivent des soins hospitaliers auxiliaires (pour maladies chroniques) paient \$3 par journée d'hospitalisation à partir de la 12^e journée. En Colombie-Britannique, les malades hospitalisés paient \$1 par jour et dans les Territoires du Nord-Ouest, \$1.50. En Colombie-Britannique, il existe également un droit de \$1 ou \$2 pour certains services de consultation externe.

Outre les services d'urgence à l'intention des malades externes, la plupart des hôpitaux fournissent des traitements ambulatoires qui comprennent normalement radiographie, laboratoire et autres services diagnostiques. Les grands hôpitaux peuvent fournir des services de traitement ambulatoire pour un grand nombre d'affections. Certains hôpitaux offrent des programmes de soins de jour et (ou) de nuit ainsi que des programmes de soins à domicile organisés par l'hôpital. Dans les provinces où le transport par ambulance ne relève pas des autorités provinciales, ce service peut être organisé par les hôpitaux.

Des soins sont offerts par une gamme variée d'établissements autres que des hôpitaux: maisons de repos, foyers pour vieillards, centres pour mères célibataires, établissements de soins pour enfants, centres d'accueil et pavillons pour personnes âgées. Les régimes d'assurance ne couvrent pas les soins dispensés dans ces établissements, sauf dans les trois provinces mentionnées ci-après. Toutefois, les personnes nécessitant des soins peuvent bénéficier de l'aide aux termes du Régime d'assistance publique du Canada.

Le régime d'assurance-maladie de l'Ontario prévoit des prestations pour soins prolongés (maison de repos). Le Manitoba offre un programme de soins personnels à domicile couvrant les frais des traitements prolongés, des soins personnels et des soins dispensés dans les centres d'accueil, et l'Alberta offre un régime d'assurance pour les soins dans les maisons de repos. Les taux quotidiens autorisés que doivent payer les malades sont: \$5.45 en Ontario, \$4.50 au Manitoba et \$3 en Alberta.

De plus, certains régimes d'assurance provinciaux fournissent des services dont les frais ne peuvent être partagés en vertu de la Loi fédérale. Ces services comprennent la dialyse rénale à domicile, l'installation d'appareils de gavage à domicile, les fournitures médicales et les médicaments, les services essentiels de transport par ambulance à prix modeste, l'ergothérapie et l'orthophonie dans des établissements non hospitaliers en Ontario; la physiothérapie hors de l'hôpital et les soins dispensés dans les centres d'hygiène collective et de service social en Saskatchewan; les soins dans les foyers pour personnes âgées à prix modeste en Alberta; et le matériel, les fournitures et les médicaments pour la dialyse rénale à domicile en Colombie-Britannique.

5.2.2 Soins médicaux et services connexes

Avant l'établissement du régime d'assurance-maladie géré par le gouvernement, des formes d'assurance par paiement anticipé couvrant les frais des services médicaux avaient été mises au point tant dans le secteur public que dans le secteur privé. A la fin de 1968, environ 17.2 millions de Canadiens, soit 82% de la population, avaient souscrit une assurance couvrant les soins médicaux ou chirurgicaux, ou les deux. Environ 10.9 millions, soit 52% de la population, étaient assurés en vertu de régimes privés à participation facultative et 6.3 millions, soit 30%, aux termes de régimes publics de natures diverses. Au début de 1972, les 10 provinces et les deux territoires aux populations dispersées avaient satisfait aux critères de la Loi sur les soins médicaux donnant droit au partage des frais avec le gouvernement fédéral, et presque toute la population était assurée pour tous les services médicaux requis, plus certains services de chirurgie dentaire. Les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux, auxquels s'appliquent d'autres dispositions, sont exclus. Les services dispensés par des médecins mais qui ne sont pas indispensables du point de vue strictement médical (par exemple, les examens