

Il va sans dire que la valeur de ces données est limitée si l'on veut obtenir une estimation globale de la morbidité, puisque bon nombre de cas ne nécessitent pas l'hospitalisation. Toutefois, les normes diagnostiques des dossiers provenant des hôpitaux sont élevées, et ce sont vraisemblablement les cas les plus sérieux et les plus graves qui sont hospitalisés.

Les tableaux 5.10 et 5.11 présentent des données sur les radiations des hôpitaux par catégorie diagnostique. Les tableaux 5.12 et 5.13 donnent des statistiques sur les premières opérations. En 1973, il y a eu 3.7 millions de sorties ou décès de personnes hospitalisées, et 1.9 million de premières opérations ont été pratiquées, ce qui signifie 16,749 radiations pour 100,000 habitants et 8,465 opérations pour 100,000 habitants. Il y a lieu de noter que ces statistiques représentent des cas, c'est-à-dire des radiations ou des opérations, et non des personnes.

Soins médicaux

5.2.2

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. Au début de 1972, les 10 provinces et les deux territoires 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 aux fins de l'assurance-vie), les services couverts par d'autres lois (par exemple, les immunisations dans les cas où elles sont dispensées par des services d'hygiène publique) et les services de traitement des maladies professionnelles qui sont déjà couverts par les lois sur l'indemnisation des accidentés du travail sont également exclus.

Le gouvernement fédéral contribue, dans l'ensemble, pour la moitié du coût des services assurés. La proportion varie quelque peu d'une province à l'autre selon le niveau effectif des coûts provinciaux. En 1974-75, les proportions s'échelonnaient entre 44.3% (Colombie-Britannique) et 78.5% (Terre-Neuve), et en 1975-76, entre 40.8% (Colombie-Britannique) et 75.6% (Terre-Neuve).

Sept des 12 régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-maladie financent leur quote-part au moyen des recettes générales seulement et ne comportent pratiquement pas de frais directs pour les familles, à l'exception d'honoraires supplémentaires que les médecins peuvent imposer. Trois provinces, ainsi que le Yukon, prélèvent des primes pour les aider à payer leur quote-part, et une province impose une retenue sur le salaire. Dans le cadre de ces régimes, le gouvernement paie les primes des assistés sociaux et, dans certains cas, des personnes âgées de 65 ans et plus. On a également recours à divers moyens pour alléger le fardeau financier des familles qui se situent juste au-dessus du seuil de pauvreté et qui ne peuvent par conséquent bénéficier de l'assistance sociale.

Les paragraphes qui suivent décrivent brièvement chaque régime, la date indiquant l'ordre d'adhésion au programme national. Bien que la plupart des médecins soient payés à l'acte, il existe d'autres modes de rémunération ou des rémunérations supplémentaires dont les traitements, les rémunérations sessionnelles, les rémunérations à contrat, le système de la capitation et les primes de rendement. Toutes les provinces permettent aux spécialistes de faire payer des honoraires supplémentaires pour des soins à des malades qui ne leur ont pas été