

(en fait, les régimes s'appliquent à plus de 99% de la population). Une 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 que ceux-ci 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 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 suffisamment de latitude pour administrer leur régime d'assurance-maladie et choisir le mode de financement qu'elles préfèrent: primes, taxe de vente, autres recettes provinciales ou combinaison de diverses méthodes.

Avant avril 1977, les contributions versées aux provinces par le gouvernement fédéral représentaient la moitié du coût national par habitant des services assurés par le programme national, exception faite des frais d'administration, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province. En 1976, une modification apportée à la loi établissait à 113% le maximum de l'augmentation par habitant de la contribution fédérale pour l'année financière 1976-77.

Assurance-hospitalisation. La loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, qui est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1958, a été conçue pour offrir à tous les résidents admissibles un vaste éventail de services hospitaliers et diagnostiques nécessités par des raisons médicales, à peu de frais ou sans frais pour le malade, écartant ainsi les obstacles financiers qui existaient pour nombre de résidents avant la création du programme.

Aux termes de la Loi, les contributions du gouvernement fédéral sont autorisées pour les programmes administrés par les provinces qui fournissent l'assurance-hospitalisation et des services de laboratoire et autres à l'appui des diagnostics.

Le programme est fondé sur cinq grands principes: exhaustivité des services, accessibilité à tous les résidents admissibles, aucun obstacle à l'accès raisonnable aux soins, transférabilité des prestations et administration des programmes provinciaux par le secteur public.

Les établissements couverts par le programme comprennent les hôpitaux généraux, de réadaptation (convalescence) et pour soins de longue durée (maladies chroniques), ainsi que les hôpitaux spécialisés comme ceux qui dispensent des soins de maternité et des soins pédiatriques. Sont nommément exclus les hôpitaux pour tuberculeux et les sanatoriums, les hôpitaux et établissements pour maladies mentales, et les maisons de repos, les foyers pour personnes âgées, les infirmeries et autres établissements d'hébergement.

Dans l'élaboration des mesures législatives concernant l'assurance-hospitalisation, les traditions existantes ont été maintenues dans la mesure du possible. Le mode d'appartenance et d'exploitation des hôpitaux qui existait avant l'entrée en vigueur de la Loi a été conservé, et l'autonomie provinciale a été préservée. Par conséquent, même 20 ans plus tard, presque 90% des lits couverts par l'assurance-hospitalisation se trouvent dans des établissements appartenant à des organismes bénévoles et à des municipalités et exploités par eux. La politique de l'autonomie provinciale permet à chaque province de décider des méthodes d'administration et du financement de sa part des coûts du programme tout en assurant une couverture uniforme dans tout le pays. Toutes les provinces et les territoires participent au programme depuis 1961. Les services fournis sont décrits en détail à la section 5.5.1, Régimes provinciaux d'assurance-maladie.