

l'autre, mais en général ces avantages comprennent notamment des services de correction de la vue au moyen de lentilles, des services de prothèses et des services de soins dentaires, la fourniture de médicaments sur ordonnance, des services de soins à domicile et des services de soins dans des centres d'hébergement.

3.2.2 Régimes d'assurance-maladie

Au Canada, il n'existe pas de régime national unique d'assurance-maladie. A la place, c'est une série de régimes provinciaux composites qui fournit de l'assurance-maladie à l'ensemble de la population, mais ces divers régimes comportent des éléments communs. Pour obtenir l'appui de l'État central les régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie doivent satisfaire aux exigences minimales de la législation fédérale pertinente: il faut que les services offerts revêtent un caractère complet, qu'ils s'appliquent à toute la population et qu'ils soient raisonnablement accessibles à chaque citoyen; en outre, les avantages prévus doivent être transférables et l'administration de chaque régime doit relever d'un organisme public à but non lucratif. Les divers régimes en vigueur visent à ce que tous les résidents du Canada aient accès gratuitement aux soins médicaux et hospitaliers dont ils ont besoin.

La participation fédérale aux programmes publics d'assurance-maladie a été régie successivement par la Loi de 1957 sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, par la Loi de 1966-67 sur les soins médicaux et par la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre les gouvernements fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis.

Assurance-hospitalisation. La Loi de 1957 sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, promulguée en juillet 1958, avait pour but de permettre à tous les résidents admissibles d'obtenir un large éventail de services hospitaliers et diagnostiques, gratuitement ou à peu de frais, supprimant ainsi les barrières financières qui empêchaient les moins nantis de recevoir des soins adéquats. Cette loi visait à établir et maintenir des services et des installations susceptibles d'assurer à la population entière une meilleure santé et de meilleurs soins en lui fournissant des services hospitaliers et diagnostiques convenables.

Toutes les provinces et tous les territoires participent à ce programme national depuis 1961. Plus de 99 % de la population canadienne bénéficie de l'assurance-hospitalisation. Cette assurance donne accès aux hôpitaux généraux, y compris les hôpitaux qui traitent les maladies aiguës, aux hôpitaux pour malades chroniques et aux hôpitaux pour convalescents. Toutefois, elle ne s'applique pas aux hôpitaux pour malades mentaux, ni aux sanatoriums pour tuberculeux, non plus qu'aux centres d'hébergement et aux maisons qui dispensent des soins de garde. Les services hospitaliers assurés varient d'une province à l'autre, mais leur gamme est assez étendue dans toutes les provinces. Sans que cela nécessite une modification des ententes fédérales-provinciales,

toute province peut d'ailleurs ajouter au programme établi des avantages supplémentaires tels que les soins dans des centres d'hébergement et les soins à domicile.

Les citoyens sont libres de se faire traiter dans l'hôpital de leur choix, pourvu que le médecin traitant ait le droit d'y exercer et que les services offerts par l'hôpital choisi soient médicalement indispensables au demandeur. Lorsqu'un citoyen s'absente temporairement de sa province de résidence, il peut se prévaloir de son assurance-hospitalisation provinciale pour obtenir des services médicaux d'urgence en internat dans tout hôpital du monde; en outre, la plupart des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation donnent à leurs bénéficiaires en déplacement l'avantage de pouvoir obtenir des services de traitement comme malades externes n'importe où dans le monde. Dans chaque province, les avantages de l'assurance-hospitalisation sont assujettis à des règles qui prévoient des maximums concernant les taux de paiement et la durée de séjour à l'hôpital; lorsqu'il s'agit de services autres que d'urgence, ces règles exigent aussi que la demande soit préalablement approuvée par l'Administration du régime provincial.

Le principe de l'accessibilité des avantages et celui de leur transférabilité sous-tendent les dispositions de chaque régime provincial d'assurance-hospitalisation. Même si, en général, ces régimes prévoient un délai d'attente de trois mois, le bénéficiaire qui passe d'une province de résidence à une autre continue d'être assuré. Dans la plupart des cas, la «protection dès le premier jour» s'applique aux nouveau-nés, aux immigrants, ainsi qu'à certaines autres catégories de personnes sans qu'on exige que ces personnes aient préalablement été inscrites au régime d'assurance d'une autre province. De plus, une caisse supplémentaire d'assurance-santé a été constituée pour les résidents qui ne peuvent obtenir la protection du régime normal ou qui ont perdu cette protection pour toute cause indépendante de leur volonté.

Assurance-maladie. La Loi de 1966-67 sur les soins médicaux autorise le gouvernement fédéral à verser des sommes aux provinces qui offrent à leur population des régimes d'assurance-maladie répondant à certaines normes minimales: protection complète en ce qui concerne tous les services indispensables rendus par un médecin ou un chirurgien; accessibilité de cette protection pour tous les résidents admissibles jusqu'à concurrence d'au moins 95 % de la population provinciale qui y a droit; possibilité raisonnable d'accès aux services assurés; transférabilité des avantages pour les bénéficiaires qui s'absentent temporairement de leur province ou qui déménagent dans une autre province; et administration du régime par un organisme public sur une base non lucrative.

Les contributions fédérales sont devenues exigibles en juillet 1968. Presque dès le début de 1972, les 10 provinces sans exception et les deux territoires du Nord satisfaisaient aux normes du gouvernement central. Depuis lors, à peu près toute la population