

assurés varient d'une province à l'autre, mais leur gamme est assez complète dans toutes les provinces. Sans que cela nécessite une modification des ententes fédérales-provinciales, toute province peut ajouter au programme établi des avantages supplémentaires.

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. Lorsqu'un citoyen s'absente temporairement de sa province de résidence, il peut se prévaloir de son assurance-hospitalisation pour obtenir des services médicaux d'urgence en internat et également des services de consultations externes, selon le régime d'assurance de la plupart des provinces, 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, et aussi l'approbation préalable de la demande par l'administration du régime provincial dans le cas des services autres que les services d'urgence.

Le principe de l'accessibilité des avantages et celui de leur possibilité de transfert 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-maladie 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. Les contributions fédérales sont devenues exigibles en juillet 1968. Au début de 1972, les dix provinces, sans exception, et les deux territoires du Nord satisfaisaient aux normes du gouvernement central. Depuis lors, à peu près toute la population admissible est assurée pour tous les services médicaux indispensables, auxquels s'ajoutent certains services chirurgicaux-dentaires en milieu hospitalier. Par contre, les services rendus par des médecins et qui ne sont pas médicalement indispensables, notamment les examens médicaux subis en vue de l'achat d'une assurance-vie, sont exclus du régime, tout comme les services de traitement des maladies

professionnelles ou des accidents du travail qui font déjà l'objet d'une indemnisation particulière ou qui relèvent d'une autre loi fédérale.

Il ne peut y avoir de limite financière ni d'exclusion, sauf si le service demandé n'est pas médicalement nécessaire. Le programme fédéral exclut les services traditionnellement prévus comme avantages dans les plans d'assurance-maladie commerciale, de même que les services de soins préventifs et curatifs traditionnellement assurés dans chaque province par le secteur privé; entre autres, le traitement médical des malades admis dans les établissements psychiatriques et les hôpitaux pour tuberculeux, et les services préventifs fournis à des particuliers par des médecins dans des organismes d'hygiène publique.

Le programme comporte une clause normative qui garantit que tous les résidents ont libre accès aux services assurés. Cette clause prévient toute discrimination pour raison de santé, d'âge, de non-appartenance à tel ou tel groupe, ou pour quelque autre considération. Si une province opte pour un financement par primes de l'assurance-maladie, celles-ci peuvent être subventionnées en tout ou en partie dans le cas des groupes à faible revenu. Chaque province peut déterminer si son régime d'assurance sera facultatif ou obligatoire.

La Loi canadienne sur la santé n'encourage pas l'imposition de frais au moment de la prestation du service, car on pense que le montant de ces frais ou leur modalité d'application restreignent l'accès raisonnable aux soins médicaux nécessaires, en particulier chez les groupes à faible revenu.

Régimes provinciaux et territoriaux. Pour ce qui est de ces régimes, les modes d'organisation, de financement et d'administration varient d'une province ou d'un territoire à l'autre. Dans certaines provinces, les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie sont administrés directement par le ministère provincial de la Santé. Ailleurs, l'administration des régimes est confiée à des organismes publics distincts qui relèvent directement du ministère provincial responsable. Quelques provinces ont un régime administré par le ministère de la Santé et un deuxième administré par un organisme public.

Jusqu'en 1977, le gouvernement fédéral remboursait aux provinces la moitié environ des dépenses approuvées pour les services rendus, dans le cadre de leurs régimes respectifs d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie. Mais depuis l'adoption, en avril 1977, de la Loi sur les programmes établis, les contributions fédérales aux provinces ne sont plus fonction des dépenses provinciales, mais du taux moyen de croissance du produit national brut et des variations démographiques. Les contributions ont dès lors pris la forme