

médicaux et hospitaliers dont ils ont besoin. Les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie doivent satisfaire aux exigences minimales de la législation fédérale pertinente : il faut que les services offerts soient complets, qu'ils s'appliquent à toute la population et qu'ils soient raisonnablement accessibles ; en outre, les avantages prévus doivent être transférables, et l'administration de chaque régime doit relever d'un organisme public à but non lucratif.

Assurance-hospitalisation. La *Loi 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. Toutes les provinces et les deux territoires participent à ce programme national depuis 1961. Cette assurance englobe tous les services hospitaliers généraux et les services requis pour le traitement des maladies aiguës et chroniques et celui des personnes en convalescence. Toutefois, elle ne s'applique pas aux hôpitaux pour malades mentaux, aux sanatoriums, aux maisons de santé et aux établissements qui offrent essentiellement des soins de garde. Les services hospitaliers assurés varient d'une province à l'autre, mais on en trouve une gamme assez complète dans chacune d'elles. Toute province peut ajouter aux programmes existants des avantages supplémentaires, sans qu'il soit nécessaire de modifier les ententes fédérales-provinciales applicables.

Lorsqu'un citoyen s'absente temporairement de sa province de résidence, il continue d'être assuré. Des conditions particulières touchant à l'accessibilité et au transfert des avantages de l'assurance-hospitalisation sont décrites dans les dispositions de chacun des régimes provinciaux. En règle générale, les régimes prévoient une période d'attente de trois mois lorsqu'une personne passe d'une province de résidence à une autre. Dans la plupart des cas, la protection s'applique dès le premier jour aux nouveau-nés, aux immigrants ainsi qu'à certaines autres catégories de personnes sans qu'on exige que celles-ci aient été préalablement inscrites au régime d'assurance d'une autre province.

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 sur les soins médicaux* (1966-1967) autorise le gouvernement fédéral à verser des sommes aux provinces et aux territoires 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 10 provinces et les 2 territoires satisfaisaient aux normes du gouvernement fédéral. Depuis lors, à peu près toute la population admissible est assurée pour tous les services médicaux indispensables.

La *Loi canadienne sur la santé* n'encourage pas l'imposition de frais au moment de la prestation de services médicaux et hospitaliers.

Régimes provinciaux et territoriaux. Les modes d'organisation, de financement et d'administration des régimes d'assurance-maladie 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 ministre 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 établissait sa contribution directement en fonction des dépenses engagées pour la prestation des services dans le cadre des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie. Mais depuis l'adoption, en avril 1977, de la *Loi sur les programmes établis*, les contributions versées par le gouvernement fédéral aux provinces ne sont plus fonction des dépenses encourues par ces dernières, mais plutôt du taux moyen de croissance du produit national brut et des variations démographiques. Ces contributions prennent la forme de transferts en espèces et de transferts d'impôts assortis de paiements de péréquation. Les provinces doivent continuer de satisfaire aux normes de la loi fédérale pour recevoir ces contributions. Le gouvernement fédéral verse en outre des montants en espèces, proportionnellement à la population de la province, à l'égard de certains services supplémentaires de soins de santé, par exemple les services de maisons de santé, les services d'hébergement des adultes, les services de traitements ambulatoires et les services de soins à domicile. La méthode d'administration et de financement de ces programmes ainsi que les modalités de prestation des services visés sont laissées à la discrétion des provinces.

Chaque province est libre de déterminer comment sa part des coûts sera financée. La majorité des provinces paient leur part des coûts d'assurance à même leurs recettes générales, mais l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique imposent des primes. Dans ces provinces, un