

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 5.3, Résumé des régimes provinciaux.

Les services assurés, dans le cas des malades hospitalisés, doivent comprendre l'hébergement, les repas, les soins infirmiers nécessaires, les examens diagnostiques, la plupart des produits pharmaceutiques, l'usage des salles d'opération et d'accouchement ainsi que les services d'anesthésie, de radiothérapie et de physiothérapie le cas échéant. Des services analogues peuvent être inclus dans les régimes provinciaux à l'intention des malades externes, et la Loi autorise des contributions à cet égard. Toutes les provinces offrent un assez grand nombre de services aux malades externes.

La personne peut choisir l'hôpital dans lequel elle sera traitée à condition que son médecin puisse l'y faire admettre, et les soins lui sont dispensés aussi longtemps qu'elle en a besoin du point de vue médical. De plus, durant une absence temporaire, les prestations sont transférables partout dans le monde pour les services en internat, et, dans la plupart des provinces, pour les services externes également, bien qu'elles soient assujetties aux taux maximum établis par les provinces relativement aux taux de paiement et à la durée du séjour à l'hôpital.

Les provinces peuvent inclure des prestations additionnelles dans leurs régimes sans que cela affecte les ententes fédérales-provinciales. Certaines englobent d'autres services comme les soins dans des maisons de santé. Le coût de ces services additionnels n'est pas partagé aux termes de l'assurance-hospitalisation.

Les principes de l'universalité des prestations pour tous les résidents admissibles et de la transférabilité des prestations se reflètent dans les dispositions de chaque régime provincial. Bien que les régimes provinciaux prévoient généralement un délai de carence de trois mois, les prestations peuvent continuer à être versées par la province de résidence antérieure. Les provinces font généralement profiter du régime dès le premier jour les nouveau-nés, les immigrants et certaines autres catégories de personnes qui n'étaient pas couvertes auparavant dans une autre province. Un fonds supplémentaire d'assurance-maladie a été créé à l'intention des résidents qui n'ont pas pu se faire assurer ou qui ont perdu leur assurance sans faute de leur part.

Les provinces sont libres de financer leur portion des coûts assurables de la façon qui leur convient, afin de ne pas entraver l'accès aux services. Les provinces acquittent leur quote-part en totalité ou en partie à même leurs recettes générales.

**Soins médicaux.** 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. En 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 admissible 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