

qui a pour objet de veiller à ce qu'aucune personne assurée ne soit empêchée de bénéficier ou tenue à l'écart des services offerts en raison de frais directs se rattachant aux services reçus. Cela signifie, en d'autres termes, que s'il faut imposer des frais supplémentaires, ces derniers ne doivent être que nominaux. Toute province est libre de choisir le mode qu'elle préfère pour payer les dispensateurs de soins, sous réserve que les honoraires ou les paiements autorisés doivent être établis sur une base qui assure une rétribution raisonnable pour les services rendus.

La formule prévue pour calculer le montant de la contribution fédérale au paiement des frais des régimes provinciaux est telle que les provinces qui engagent des frais par personne relativement faibles, se voient rembourser plus de la moitié de leurs dépenses. En règle générale, la contribution fédérale consentie à une province participante est égale au montant de a) 50 pour cent du coût par personne pour l'année de tous les services assurés dans toutes les provinces participantes, b) multiplié par le nombre des personnes assurées dans chaque province respectivement. Le Gouvernement fédéral ne verse aucune contribution au titre des frais d'administration engagés par les provinces.

Régimes provinciaux d'assurance-médicale

Avant l'établissement de l'assurance-médicale administrée par l'État dans la plupart des provinces au cours des quelques dernières années, des systèmes de prévoyance, la plupart du temps volontaires, visant à couvrir les frais des soins médicaux avaient été établis et avaient connu une expansion rapide tant dans le secteur public que privé.

Dès la fin de 1968, les principaux soins ou services chirurgicaux, ou les deux, étaient assurés à environ 17.2 millions de Canadiens, ce qui représentait 82 pour cent de l'ensemble de la population. De ce nombre, les régimes volontaires qui avaient cours dans le seul secteur privé offraient une protection à environ 10.9 millions de personnes, soit 52 pour cent de la population, et les régimes publics de toutes catégories protégeaient 6.3 millions de personnes, soit 30 pour cent des assurés.

Au début de 1972, une fois les régimes publics d'assurance-médicale implantés dans toutes les provinces et dans les territoires septentrionaux à faible densité de population, l'assurance-médicale s'étendait à presque toute la population admissible, soit à un peu plus de 21.7 millions de personnes.

Les quatre critères d'admissibilité établis dans le texte de loi fédéral laissent à chaque province suffisamment de latitude pour