

Assurance-hospitalisation

Services assurés

En vertu des accords fédéraux-provinciaux conclus sous le régime de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, toutes les provinces et tous les territoires doivent offrir une assurance couvrant, pour tous les résidents admissibles (aux termes d'un régime contributif ou d'un régime financé par les voies fiscales ordinaires) les frais d'hospitalisation dans des salles réglementaires ainsi que les services habituellement offerts aux hospitalisés (repas, soins infirmiers, services de laboratoire, de radiologie et autres procédés diagnostiques, la plupart des médicaments, etc.) Les soins dispensés dans les établissements pour malades mentaux ou pour tuberculeux, dans les maisons de repos, les foyers de vieillards, les infirmeries ou autres établissements dont le but est d'assurer la garde de leurs pensionnaires ne sont pas prévus dans la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. (Les traitements dispensés dans les établissements pour malades mentaux ou tuberculeux font l'objet de lois provinciales distinctes.)

Le remboursement des services de consultation pour malades externes reste à la discrétion des provinces; en conséquence, les services assurés diffèrent d'une province à l'autre. Toutefois, la majorité des

provinces assurent toute une gamme de services généralement aussi complets que ceux dont bénéficient les malades hospitalisés. Mentionnons à titre d'exemple les soins d'urgence prodigués aux victimes d'accidents, la post-observation dans les cas de fracture, l'ergothérapie, la physiothérapie et l'orthophonie, les services de cytologie, la radiothérapie pour les cancéreux, les soins chirurgicaux de jour, les petites interventions chirurgicales ainsi que les soins psychiatriques de jour et de nuit.

Dans certains cas, le remboursement des frais occasionnés par les soins hospitaliers dont un assuré a bénéficié à l'extérieur de la province n'a lieu que si celui-ci a obtenu une approbation préalable (à l'exception des cas d'urgence). De plus, l'assurance provinciale peut imposer des limites concernant les paiements prévus dans le programme. C'est ainsi que – à l'exception de la dialyse rénale assurée aux malades externes atteints d'une insuffisance rénale chronique – la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique ne garantissent pas les services de consultation externe dispensés à l'extérieur de la province et que les autres provinces peuvent imposer des limites sur leurs taux de paiement de tels services. Par ailleurs, pour ce qui est des soins dont un assuré a bénéficié à l'étranger, presque toutes les provinces imposent des limites quant au