

*Champ d'application*

Chaque province offre les services prévus dans le régime d'assurance à tous ses résidants qui y sont admissibles selon des conditions et des modalités uniformes, sans exclusion pour raison d'âge, de niveau de revenu ou d'état de santé préalable. L'expression résidants d'une province désigne toute personne qui a le droit de demeurer au Canada et qui élit domicile et vit habituellement dans une province; les touristes, les personnes de passage ou les visiteurs qui séjournent dans une province en sont expressément exclus. Les membres des Forces armées, de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus dans les pénitenciers n'y sont pas admissibles et jouissent de la garantie d'un autre régime.

La condition de résidence dans la province constitue le principal facteur d'admissibilité aux régimes fédéraux-provinciaux d'assurance-hospitalisation. La plupart des provinces exigent une période d'attente de trois mois, mais des accords interprovinciaux prévoient le maintien de la garantie lorsque des assurés déménagent dans une autre province. Les personnes qui arrivent de l'étranger peuvent prétendre à une garantie immédiate en Alberta, en Saskatchewan, à Terre-Neuve, au Manitoba, dans les Territoires du Nord-Ouest et, dans des circonstances particulières, en Ontario et en Colombie-Britannique.

*Financement*

Le coût des services hospitaliers assurés est supporté dans sa presque totalité par les Gouvernements fédéral et provinciaux.

La participation annuelle du Gouvernement fédéral équivaut à la somme, pour cette année-là, de 25 pour cent des frais par personne pour les soins aux malades hospitalisés au Canada, plus 25 pour cent des frais par personne pour les soins aux malades hospitalisés dans la province (moins le montant par personne des frais autorisés), le tout multiplié par le nombre moyen de personnes assurées pendant l'année. En outre, le Gouvernement fédéral verse, pour les services aux malades externes une contribution, dont le pourcentage est proportionnel à celui qui est consenti pour les soins aux malades hospitalisés, moins les frais autorisés. La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques prévoit que le coût en capital de la propriété foncière, des immeubles et des installations, les paiements de la dette d'établissement, l'intérêt sur la dette et les remboursements de toute dette contractée avant la date d'entrée en vigueur de l'accord, doivent être exclus avant de calculer la contribution du fédéral.