

Au nombre de personnes de tous âges dans la province, qui ont droit de recevoir des prestations, multiplié par le coût moyen annuel estimatif des prestations par tête pour toutes les provinces;

Moins le nombre de personnes de 16 ans ou plus qui ont droit de recevoir des prestations, multiplié par \$12.

Et, en outre, moins le montant perçu par le gouvernement fédéral des citoyens domiciliés dans la province sous forme de contributions à l'assurance-santé basées sur le revenu pour l'année.

Le gouvernement fédéral contribuera donc, en réalité, à la Caisse d'assurance-santé de chaque province le coût total estimatif des prestations (suivant la moyenne pour toutes les provinces) pour les enfants de moins de 16 ans et l'excédent du coût moyen estimatif des prestations dépassant \$12 par tête pour les personnes de 16 ans et plus, dans la mesure que ces montants ne peuvent être puisés à même les contributions de l'assurance-santé basées sur les revenus des citoyens domiciliés dans la province.

Cette base de calcul de la subvention fédérale offre une formule automatique et appropriée pour déterminer les besoins financiers, et l'utilisation du coût moyen des prestations dans toutes les provinces stimulera puissamment chaque province à restreindre ses propres dépenses.

3. Que la province devra assumer les frais d'application de la loi et tout excédent du coût des prestations au delà de la moyenne du Dominion sur laquelle la contribution fédérale est basée.

On estime que le coût des prestations s'élèveraient à près de \$250 millions par année, que les cotisations d'assurance-santé de \$12.00 par adulte atteindraient \$100 millions, que les contributions de 3 p. 100 et de 5 p. 100 basées sur le revenu se monteraient à \$50 millions, ce qui laisserait environ \$100 millions à combler par le Dominion. Les gouvernements provinciaux devraient assumer le coût de toute remise sur les cotisations de \$12.00, de tout excédent du coût des prestations sur la moyenne estimative pour toutes les provinces, ainsi que les frais purement administratifs. Vous constaterez donc que les frais imputables aux provinces sont bien moindres qu'en vertu du plan étudié l'an dernier.

Il faut souligner que ces estimations ne sont destinées qu'à donner un aperçu général de l'importance probable des sommes en jeu.

Etant donné que les recommandations financières du rapport du comité des finances étaient plus simples, plus claires et plus pratiques que celles prônées d'abord par la Commission consultative de l'assurance-santé, instruction fut donnée de rédiger de nouveau l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé en vue de le rendre conforme aux nouvelles recommandations financières. Cela s'est fait et on a préparé un nouvel avant-projet de loi sur l'assurance-santé pour le Comité. En plus du remaniement des articles financiers, d'autres modifications ont été apportées à l'avant-projet de loi pour le rendre plus simple et plus clair.

Le texte présentement soumis est le septième texte de l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé. A noter qu'alors que le texte primitif soumis au Comité spécial de la sécurité sociale prévoyait des contributions par les employeurs, les employés, les personnes cotisées, le Dominion et les provinces, l'avant-projet de loi actuel prévoit des contributions par la population, le Dominion et les provinces, celles de ces dernières se bornant au paiement des frais d'administration et du montant des remises de contributions dans le cas des personnes qui ne peuvent verser les \$12 par année pour elles-mêmes et les adultes à leur charge.

Au début, seuls les employés pouvaient profiter de l'assurance-santé, et seuls les employés et les employeurs en étaient les contributeurs. Ensuite, les contributions devaient provenir de trois sources: les employés, les employeurs et l'Etat.

Dans les plans d'assurance-santé nationale, comme dans le projet de loi actuel, la tendance est de prélever les contributions de tous les citoyens et de l'Etat. Il en est ainsi dans la Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède. En