

Les médecins dispensant des soins médicaux assurés peuvent se faire payer de diverses manières.

En général, ils préfèrent recevoir, à titre de paiement complet, le versement direct de la Commission d'assurance médicale à raison de 85 p. 100 du barème des honoraires minimums (1959) établi par le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan (modifié), ou bien que leurs malades concluent une entente avec un organisme de santé approuvé, qui remet au médecin un montant égal à celui que la Commission a versé à cet organisme après examen de la note d'honoraires. Le plan de la Saskatchewan est presque entièrement financé à l'aide des primes personnelles auxquelles s'ajoutent les contributions provenant des recettes générales. En 1964, 16 p. 100 des recettes totales de la Commission provenaient des primes et 82 p. 100 des contributions à même les recettes générales. Fin juin 1964, la loi sur l'assurance pour les soins médicaux de la Saskatchewan s'appliquait à plus de 879,000 personnes, soit à environ 93 p. 100 de la population de cette province. La plupart des personnes non comprises étaient protégées en vertu d'autres régimes publics, tant fédéral que provinciaux.

Le 1<sup>er</sup> octobre 1963, le gouvernement de l'Alberta mettait en vigueur un nouveau régime de soins médicaux destiné principalement à aider les résidents à revenu modique qui s'inscrivent, à titre volontaire, à un programme d'assurance médicale d'un organisme avec ou sans but lucratif, mais agréé. Les sociétés agréées doivent mettre à la disposition de tous les résidents, sans restrictions quant à l'âge ou l'état de santé préalable, un régime d'assurance qui prévoit les soins du médecin à domicile, à son cabinet ou à l'hôpital ainsi que les services de chirurgie, de spécialistes et de diagnostic général. Les primes ne doivent pas dépasser les taux fixés par la province. Ce régime est entièrement financé à même des primes personnelles, mais la loi prévoit une aide gouvernementale aux personnes à faible revenu. Les subventions sont établies selon un tarif fixe; elles s'élèvent, en général, à 50 p. 100 de la prime pour les personnes dont le revenu n'est pas imposable et à 25 p. 100 pour les personnes dont le revenu imposable est de \$1 à \$500. Tous les résidents peuvent s'assurer pour les services médicaux par l'intermédiaire des *Medical Services (Alberta) Incorporated* ou d'organismes commerciaux agréés. La première association rembourse aux médecins 90 p. 100 des honoraires fixés et les autres organismes, 100 p. 100. En mai 1965, le régime albertain s'appliquait à environ 831,000 personnes, soit 57 p. 100 de la population provinciale. De plus, 162,000 personnes (11 p. 100 de la population) bénéficiaient d'avantages comparables en vertu de régimes d'assurance spéciaux.

En mars 1965, la législature de la Colombie-Britannique a adopté une loi sur les subventions pour soins médicaux (*Medical Grant Act*) permettant au gouvernement d'établir un régime d'assurance analogue au régime albertain, en ce que la souscription d'assurance est volontaire, le maximum des primes fixé, et que l'on ne pourra refuser d'assurer qui que ce soit en raison de son âge ou de son état de santé. Le gouvernement pourra partager le coût des primes avec certaines personnes, mais au lieu d'établir un tarif fixe, il paiera la moitié de la prime des personnes dont le revenu n'est pas imposable et le quart de la prime des personnes dont le revenu imposable varie de \$1 à \$1,000. Le régime est censé entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 1965.

En juin 1965, la législature ontarienne a adopté une loi visant à établir un régime d'assurance des services médicaux. Selon ce régime, le gouvernement fixera les primes maximums et l'assurance sera accessible à tous, sans restrictions quant à l'âge ou l'état de santé préalable. Le gouvernement subventionnera totalement le coût des primes de certaines personnes qui seront spécifiées dans le règlement et le gouvernement fera fonction d'agence pour ces personnes. Les personnes malades, invalides ou en chômage