

Sous-section 4.—Soins médicaux publics

Malgré quelques différences dans le niveau et la portée de la couverture et dans les prestations accordées, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique, l'Ontario et Terre-Neuve dirigent chacun un régime provincial d'assurance médicale. En outre, la plupart des provinces disposent de régimes semblables pour les bénéficiaires d'assistance publique. Dans le contexte actuel, les régimes publics de soins médicaux des provinces se classent en quatre catégories générales: régimes universels d'assurance médicale, régimes d'assurance médicale patronnés ou aidés par le gouvernement provincial; régimes destinés aux bénéficiaires d'assistance publique et régimes réservés à d'autres groupes spéciaux.

Régimes universels d'assurance médicale.—La Saskatchewan est la seule province disposant d'un régime universel d'assurance médicale. Depuis juillet 1962, toute personne ayant habité la Saskatchewan depuis trois mois (et qui n'a pas droit aux services médicaux en vertu d'autres régimes publics) et ayant versé, ou au nom de laquelle on a versé, la prime exigée sous l'empire de la loi d'assurance médicale de la Saskatchewan, peut obtenir que soient effectués sur la Caisse d'assurance médicale des paiements pour soins médicaux, chirurgicaux et obstétricaux (y compris les honoraires du spécialiste consultant) donnés par le médecin de son choix à son cabinet, à domicile ou à l'hôpital, et ce, sans restriction. Des prestations sont également accordées pour soins en dehors de la province, à titre de remboursement au malade. Aucune restriction n'existe quant à l'âge ou à l'état préalable, ni quant à d'autres considérations. Les médecins dispensant des soins médicaux assurés peuvent se faire payer de diverses manières. En général, ils choisissent, soit de recevoir, à titre de paiement complet, le versement direct de la Commission d'assurance médicale à raison de 85 p. 100 du barème modifié des honoraires minimums établi en 1959 par le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan, soit de recevoir d'un organisme de santé, avec lequel le malade a conclu une entente, un montant égal à celui que la Commission a versé à cet organisme après examen de la note d'honoraires. En 1965, les primes annuelles de \$12 pour le célibataire et de \$24 pour la famille sont intervenues pour 25 p. 100, et les cotisations prélevées sur le revenu général pour 73 p. 100, de l'ensemble des recettes de la Commission. A la fin de juin 1965, 887,000 personnes (93 p. 100 de la population provinciale) tombaient sous le coup de la loi d'assurance médicale de la Saskatchewan. La majorité de ceux qui ne bénéficiaient pas de cette couverture étaient assurés aux termes d'autres régimes publics, fédéraux ou provinciaux.

Régimes d'assurance médicale patronnés ou aidés par la province.—Trois provinces (Alberta, Colombie-Britannique et Ontario) ont établi des régimes facultatifs d'assurance médicale assistés par le gouvernement provincial.

Le régime d'assurance médicale de l'Alberta, entré en vigueur le 1^{er} octobre 1963, vise principalement à aider les résidents à faible revenu qui s'inscrivent, à titre volontaire, à un régime agréé d'assurance médicale d'un organisme avec ou sans but lucratif. Les sociétés agréées doivent mettre à la disposition de tous les résidents un régime d'assurance qui couvre les soins médicaux à domicile, au cabinet du médecin ou à l'hôpital, ainsi que les soins de chirurgien, de spécialiste et de diagnostic général. Les primes ne doivent pas dépasser les taux fixés par la province. Ce régime est entièrement financé par des primes personnelles, mais la loi prévoit une aide gouvernementale aux personnes à faible revenu qui est accordée à raison de 80 p. 100 pour les personnes dont le revenu n'est pas imposable, 50 p. 100 pour les personnes dont le revenu imposable va de \$1 à \$500 et 25 p. 100 pour les personnes dont le revenu imposable s'échelonne de \$501 à \$1,000. Tous les résidents peuvent s'assurer pour les soins 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 octobre 1965, le régime s'appliquait à environ 850,000 personnes, soit à 59 p. 100 de la province. Sur ce nombre, environ 187,000 (13 p. 100) étaient assurées par des contrats d'assurance médicale subventionnés.