

À Terre-Neuve, la population des districts des petits hôpitaux (c'est-à-dire des régions isolées), peut s'inscrire à un régime de soins médicaux fournis par des médecins rémunérés. (De plus, le *Children's Health Service* assure les services de médecins à l'hôpital pour tous les enfants de moins de 16 ans, sans frais directs pour leur famille.)

Tous ces régimes, sauf le *Children's Health Service* de Terre-Neuve, exigent le versement de primes. Pour que le fardeau des primes ne pèse pas trop lourd sur les particuliers, la Saskatchewan et Terre-Neuve subventionnent environ les trois quarts des frais globaux à même les deniers publics. En Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique, les primes des nécessiteux, définies comme tels par une simple vérification des ressources, sont subventionnées au moyen des recettes fiscales générales. La Colombie-Britannique recourt aussi à une caisse spéciale, garnie par les impôts, pour aider à stabiliser le niveau des primes.

*Saskatchewan.*—Seule la Saskatchewan a un régime universel d'assurance-maladie. Le programme, établi en juillet 1962, exige l'inscription de toute la population admissible. Les primes sont obligatoires et le maximum par famille est de \$24 par année. Ces primes couvrent environ 25 p. 100 des frais du programme. Parmi les services assurés figurent: services du médecin à domicile, au cabinet et à l'hôpital, interventions chirurgicales, soins d'obstétrique, soins psychiatriques, anesthésie, services de laboratoire et de radiologie, médecine préventive et certains soins dentaires. Il n'y a pas de période de carence pour les prestations ni d'exclusion en raison de l'âge ou de l'état de santé.

Le médecin peut se faire payer de diverses manières. D'abord, il peut recevoir en paiement complet de ses services, directement de l'administration publique, 85 p. 100 du barème courant établi par la profession. Deuxièmement, les malades et les médecins peuvent s'inscrire librement auprès d'un «organisme agréé» qui servira d'intermédiaire entre l'administration publique et les médecins pour ce qui est du paiement: ici encore, le médecin reçoit 85 p. 100 du tarif en paiement complet. Troisièmement, le médecin peut soumettre sa note directement au malade, qui réclame de l'administration un remboursement de 85 p. 100 du montant approuvé; le médecin peut exiger directement du patient la balance impayée par l'administration publique. Quatrièmement, le malade et le médecin peuvent, s'ils sont d'accord, régler leurs comptes entre eux sans l'intervention d'une administration ou d'un intermédiaire agréé.

*Alberta.*—Le régime d'assurance médicale de l'Alberta, inauguré en octobre 1963, prévoit la réglementation des régimes facultatifs approuvés en matière de prestations minimums et de primes maximums: il est d'abord conçu pour aider les résidents en mauvaise santé ou à faible revenu à s'acheter une assurance facultative de soins médicaux d'organismes approuvés avec ou sans but lucratif. Le régime doit comprendre des prestations complètes, sans restriction quant à l'âge, l'état préalable de santé et le taux d'utilisation antérieur. Le régime était entièrement financé par des primes personnelles. L'État a contribué, à titre de subvention, 80 p. 100 de la prime des personnes sans revenu imposable, 50 p. 100 dans le cas des personnes dont le revenu annuel imposable se situait entre \$1 et \$500 et 25 p. 100 de celles dont le revenu imposable se situait entre \$501 et \$1.000. Le 1<sup>er</sup> juillet 1966, moyennant une prime supplémentaire, on y a ajouté d'autres prestations, à l'égard des médicaments vendus en vertu d'ordonnances, des services d'optométrie, de physiothérapie, d'ambulance, d'ostéopathe, de chiropractie, de pédicure, de naturopathie ainsi que de certaines fournitures et prothèses médicales. Le nouveau régime prévoyait la déduction d'un certain montant, un droit de coassurance ou d'une responsabilité limitée à l'égard de certains services.

Le 1<sup>er</sup> juillet 1967, ces régimes ont été remplacés par l'*Alberta Health Plan*, administré par le ministère de la Santé à l'intention de tous les résidents désireux de s'inscrire volontairement seul ou avec leur famille. Le nouveau régime se divise en deux parties: les services fondamentaux de santé et les services facultatifs; ces derniers se divisent en trois options: A, B et C. Le régime fondamental assure tous les services de médecins, dont il acquitte 100 p. 100 du barème des honoraires, des services spéciaux de chirurgie dentaire, des services