

aux fins de l'assurance-vie), les services couverts par d'autres lois (par exemple, les immunisations dans les cas où elles sont dispensées par des services d'hygiène publique) et les services de traitement des maladies professionnelles qui sont déjà couverts par les lois sur l'indemnisation des accidentés du travail sont également exclus.

Le gouvernement fédéral contribue, dans l'ensemble, pour la moitié du coût des services assurés. La proportion varie quelque peu d'une province à l'autre selon le niveau effectif des coûts provinciaux. En 1973-74, les proportions s'échelonnaient de 44.3% en Colombie-Britannique et 44.6% en Ontario à 74.3% dans l'Île-du-Prince-Édouard et 81.5% à Terre-Neuve.

Sept des 12 régimes provinciaux (ou territoriaux) d'assurance-maladie financent leur quote-part au moyen des recettes générales seulement et ne comportent pratiquement pas de frais directs pour les familles, à l'exception d'honoraires supplémentaires que les médecins peuvent imposer. Trois provinces ainsi que le Yukon prélèvent des primes pour les aider à payer leur quote-part, et une province impose une retenue sur le salaire. Dans le cadre de ces régimes, le gouvernement paie les primes des assistés sociaux et, dans certains cas, des personnes âgées de 65 ans et plus. On a également recours à divers moyens pour alléger le fardeau financier des familles qui sont pauvres mais qui se situent juste au-dessus du seuil de pauvreté et ne peuvent par conséquent bénéficier de l'assistance sociale.

Les paragraphes qui suivent décrivent brièvement chaque régime, par ordre d'adhésion au programme national. Bien que la plupart des médecins soient payés à l'acte, il existe d'autres modes de rémunération ou des rémunérations supplémentaires dont les traitements, les rémunérations sessionnelles, les rémunérations à contrat, le système de la capitation et les primes de rendement. Il y a lieu de noter que toutes les provinces permettent aux spécialistes de faire payer des honoraires supplémentaires pour des soins à des malades qui ne leur ont pas été envoyés si le tarif qu'ils demandent est supérieur à celui que le régime prévoit pour ce service.

Saskatchewan. Le programme de la Saskatchewan, inauguré en juillet 1962, est obligatoire pour toute la population admissible. Depuis le 1^{er} janvier 1974, date à laquelle les primes ont été supprimées, la quote-part provinciale est entièrement financée au moyen des recettes générales. La Commission de l'assurance médicale (CAM), principal organe d'administration, paie les médecins pour la plupart des services assurés en vertu du régime. Environ 5% de la population obtient les services assurés à des conditions identiques à celles établies par la CAM, mais par l'intermédiaire d'un organe d'administration distinct, la *Swift Current Health Region*. Les autorités provinciales prévoient également des paiements pour les soins prodigués par les médecins dans des établissements pour maladies mentales et pour tuberculeux ainsi que pour la lutte anticancéreuse.

Les services assurés comprennent les visites à domicile, au cabinet du médecin et à l'hôpital, la chirurgie, l'obstétrique, les soins psychiatriques dispensés hors des hôpitaux pour maladies mentales, l'anesthésie, les services de laboratoire et la radiographie, la médecine préventive, les réfractions exécutées par les optométristes, les soins de chiropractie et les soins à des personnes adressées par des dentistes pour le traitement d'un palais fendu et pour de la chirurgie buccale pratiquée par un orthodontiste. Il n'y a pas de délai d'attente pour l'admissibilité et personne n'est exclu du régime pour raison d'âge ou d'affections déjà existantes.

La CAM paie pour les services approuvés que dispensent les médecins à raison de 100% du tarif d'honoraires négocié et conformément aux règles d'évaluation. Les montants de ces honoraires négociés équivalent à environ 85% de ceux du tarif courant de l'association médicale provinciale, tarif qui sert surtout à établir la note d'honoraires des visiteurs et des autres malades non assurés. Les chiropracteurs participants sont payés selon une formule combinant les paiements forfaitaires pour les radiographies et les paiements à l'acte dans le cas des visites, les montants étant réduits progressivement à mesure que le volume de malades par chiropracteur augmente. Les optométristes reçoivent \$11.50 par réfraction.

Le médecin peut se faire payer de cinq façons différentes. Premièrement, il peut se faire payer directement par la CAM à raison de 100% du tarif négocié et accepter ce montant à titre de paiement global. Deuxièmement, le malade et le médecin sont libres d'adhérer à un «organisme sanitaire autorisé» qui sert d'intermédiaire, pour ce qui est du paiement, entre l'autorité publique et le médecin; dans ce cas également, le médecin reçoit le tarif négocié.