

adressés si le tarif qu'ils demandent est supérieur à celui que le régime prévoit pour ce service.

**Saskatchewan (juillet 1962).** Le programme de la Saskatchewan est obligatoire pour toute la population admissible. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1974, date à laquelle les primes ont été supprimées, la quote-part provinciale est entièrement financée au moyen des recettes générales. La Commission d'assurance médicale (CAM), principal organe d'administration, paie les médecins pour la plupart des services garantis par le régime. Environ 42,000 résidents obtiennent 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 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.

Le médecin peut se faire payer de cinq façons différentes. Premièrement, il peut se faire payer directement par la CAM sous forme de montant 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. Troisièmement, le médecin peut être payé par l'intermédiaire de «cliniques» financées au moyen de contributions versées par l'autorité provinciale au prorata de la population. Quatrièmement, le médecin peut soumettre sa note d'honoraires directement à son client, qui peut la payer avant ou après avoir demandé un remboursement à l'autorité publique; le médecin peut faire payer directement à son client un montant en sus du paiement reçu de l'autorité publique. Cinquièmement, les médecins et les malades peuvent, s'ils le veulent, conclure des ententes financières privées. Aucun médecin n'est tenu de se limiter à l'un ou l'autre de ces modes de paiement.

**Colombie-Britannique (juillet 1968).** Le régime est administré par une commission publique, dont relevait à l'origine les «assureurs autorisés» (organismes à but non lucratif chargés de la gestion au jour le jour des composantes distinctes du programme). Ces organismes assureurs sont progressivement remplacés par une administration centralisée. Outre les soins des médecins et certains actes de chirurgie buccale pratiquée en milieu hospitalier, les services assurés comprennent les réfractions effectuées par les optométristes, certains soins orthoptiques, certains traitements de physiothérapie, les soins infirmiers spéciaux, les soins prodigués par les chiropracteurs et les naturopathes ainsi que les soins orthodontiques pour un palais fendu ou un bec-de-lièvre.

L'adhésion au régime est facultative. Les primes sont de \$7.50 par mois pour une personne seule, \$15 par mois pour une famille de deux personnes et \$18.75