

peu élevé recevrait un peu plus de la moitié du coût provincial. De façon générale, la contribution fédérale à une province participante s'établit à: a) 50 p. 100 du coût par tête, pour l'année, de tous les services assurés dans toutes les provinces participantes, b) multiplié par le nombre d'assurés dans chaque province. Le gouvernement fédéral ne supporte aucunement les frais d'administration engagés par les provinces. On doit reviser d'ici cinq ans les modes de calcul des contributions fédérales.

Les dispositions de la loi fédérale doivent entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 1968. Cette date de mise en oeuvre pourrait être hâtée si le gouvernement le jugeait à propos.

Régimes provinciaux d'assurance médicale

Plusieurs provinces ont déjà adopté des régimes publics de soins médicaux. Terre-Neuve jouit déjà d'un régime bien établi assurant une portion de la province et d'un autre s'appliquant aux enfants de moins de 16 ans. Six provinces ont pris, depuis de nombreuses années, des dispositions en vue du financement d'une vaste gamme de soins de santé personnels pour les assistés sociaux.

Saskatchewan: Une seule province, soit la Saskatchewan, dispose d'un régime universel de soins médicaux. Ce régime, qui a été mis en oeuvre en juillet 1962, comporte l'inscription obligatoire de toutes les personnes admissibles. Tout résident admissible doit verser une prime, ou voir à ce qu'on paie la prime en son nom, avant de pouvoir bénéficier des services assurés offerts. Les primes, dont le coût maximum pour une famille est de \$24 par année, supportent environ le quart des frais du régime. Tous les services requis du point de vue médical et dispensés par les médecins constituent les prestations. Il n'y a pas de délai d'attente pour les bénéficiaires et il n'existe aucune restriction pour cause d'âge ou d'état de santé préalable. Parmi les services médicaux assurés, on compte les consultations à domicile, au cabinet du médecin et à l'hôpital, les interventions chirurgicales, les services d'obstétrique, les services dispensés par les spécialistes, l'anesthésie, les services de laboratoire et de radiologie, les services prophylactiques et certains services fournis par les dentistes.

Les médecins peuvent se faire payer de plusieurs façons. La plupart demandent à l'organisme public administrant le régime un versement direct équivalent à 85 p. 100 des honoraires inscrits sur le tarif courant de leur organisme professionnel; ce versement constitue un plein paiement. D'autre part, les malades peuvent s'inscrire volontairement à un organisme approuvé qui verse au médecin un montant équivalent à celui que lui verse l'administration publique relativement à l'état de compte. Le médecin reçoit toujours 85 p. 100 des honoraires demandés et l'accepte comme plein paiement. Troisièmement, le médecin peut choisir de présenter son état de compte directement au malade qui doit l'acquitter et demander en retour à l'administration publique de lui rembourser ce versement dans la proportion de 85 p. 100. Dans ce cas, le médecin peut demander plus que ce que le malade a reçu de l'administration publique. Le malade et le médecin peuvent, en dernier lieu, s'entendre pour le règlement des états de compte sans s'en remettre à l'autorité publique ou aux organismes fiscaux agréés.