

Saskatchewan Le régime de cette province, qui est entré en vigueur en juillet 1962, prévoit l'inscription de toute la population admissible. Les primes sont obligatoires et s'élèvent à \$24 par an par famille et à \$12 par an pour une personne seule. Ces primes n'absorbent qu'une faible partie des frais du programme. Les assistés sociaux sont automatiquement assurés, et on n'exige pas d'eux qu'ils acquittent les primes, pas plus que d'un chef de famille âgé de 65 ans ou plus.

La *Medical Care Insurance Commission*, qui est le principal organisme administratif, verse aux médecins leurs honoraires pour l'ensemble des services rendus en vertu du régime. Environ cinq pour cent de la population jouit d'une garantie selon des conditions ou des modalités semblables à celles de la Commission par la filière distincte de l'organisme administratif appelé *Swift Current Health Region*. Les autorités provinciales prennent également en charge la rétribution des soins médicaux dans les établissements pour malades mentaux et tuberculeux et dans le cadre de la lutte contre le cancer.

Les soins médicaux comprennent notamment les visites à domicile, au cabinet du médecin et à l'hôpital, les soins chirurgicaux, obstétricaux, psychiatriques à l'extérieur des hôpitaux psychiatriques, l'anesthésie, les services de laboratoire et de radiologie, la médecine préventive et certains services fournis par les dentistes. Les prestations ne sont assorties d'aucune période d'attente et d'aucune exclusion pour des raisons d'âge ou de mauvais état de santé préalable. Les services de correction des troubles de réfraction prodigués par l'optométriste sont également prévus.

La *Medical Care Insurance Commission* acquitte les frais des services autorisés à raison de 85 pour cent de la plupart des frais non rattachés aux visites qui figurent au barème d'honoraires des médecins. La base de paiement pour ce qui est de la plupart des frais, au cabinet du médecin et à domicile, est également de 85 pour cent. Les frais de consommation d'abord imposés en 1968 ont été abolis le 1er août 1971.

Les médecins ont le choix entre trois modes de paiement. D'abord, le médecin peut recevoir directement des autorités publiques le paiement de 85 pour cent des frais selon le barème d'honoraires de l'association médicale et l'accepter comme règlement final et total. Deuxièmement, les malades et les médecins peuvent s'inscrire volontairement auprès d'un "organisme de santé autorisé" qui sert d'intermédiaire, pour ce qui est du paiement, entre les autorités publiques et les médecins; encore là, le médecin reçoit le pourcentage convenu du barème d'honoraires. Troisièmement, un médecin