



VOLUME V

Régimes d'assurance-maladie de certaines provinces canadiennes

PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ
JANVIER 1966

1874
1875
1876
1877
1878
1879
1880
1881
1882
1883
1884
1885
1886
1887
1888
1889
1890
1891
1892
1893
1894
1895
1896
1897
1898
1899
1900



COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ

Claude Castonguay, président

VOLUME V

Jacques de la Chevrotière

Jacques Lagrèze

Jacques Morand, secrétaire

Régimes d'assurance-maladie de certaines provinces canadiennes

Martine Langway, bibliothécaire

Micheline Larivée, documentaliste

CONSEILERS

Jean Bouchard, conseiller juridique

Dr. Pierre Jolin, conseiller médical

François Lacroix, conseiller technique

Ulysse Paquet, conseiller économique



PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ
JANVIER 1966



VOLUME V

Régimes d'assurance-maladie de certaines provinces canadiennes



OFF

A11D6

A29/A8

v.5
LS

PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-MALADIE
JANVIER 1966

COMITE DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTE

MEMBRES

Claude Castonguay, président

Thomas J. Boudreau

Jacques de la Chevrotière

Jacques Casgrain

Jacques Morency, secrétaire

PERSONNEL DE RECHERCHE

Thomas J. Boudreau, économiste
directeur de la recherche

Francyne Beaudoin, économiste

Guy Demers, sociologue

Micheline Nadeau, économiste

Lucien Tessier, économiste

Marthe Tanguay, bibliothécaire

Micheline Larrivée, documentaliste

CONSEILLERS

René Dussault, conseiller juridique

Dr. Pierre Jobin, conseiller médical

François Lacasse, conseiller économique

Gilles Paquet, conseiller économique

COMITE DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ

MEMBRES

Claude Castonguay, président
Thomas J. Gaudreau
Jacques de la Chevrière
Jacques Castain
Jacques Morncy, secrétaire

PERSONNEL DE RECHERCHES

Thomas J. Gaudreau, économiste
directeur de la recherche
Francine Gaudreau, économiste
Guy Boivin, sociologue
Micheline Nadeau, économiste
Lucien Tessier, économiste
Marie Tanguay, bibliothécaire
Micheline Larivière, documentaliste

CONSEILLERS

René Dussault, conseiller juridique
Dr. Pierre Jolin, conseiller médical
François Lacasse, conseiller économique
Gilles Piquet, conseiller économique

INTRODUCTION

En juillet 1962, la Saskatchewan établissait le premier régime de soins médicaux en Amérique du Nord. Quinze mois plus tard, soit en octobre 1963, la province voisine, l'Alberta, suivait la même voie.

Toutefois, bien que ces deux provinces aient plusieurs caractéristiques communes, leurs régimes de soins médicaux procèdent de principes différents. Alors que le régime de la Saskatchewan constitue dans ses grandes lignes un régime d'assurance sociale, l'Alberta devait innover en établissant un régime facultatif (1).

L'étude de ces deux régimes est donc particulièrement intéressante en soi. Elle présente en outre un intérêt spécial puisque ces deux régimes constituent une expression concrète des deux types de régimes qui semblent se partager la faveur des parties intéressées à l'assurance-maladie au Québec.

Malgré l'intérêt que les régimes de la Saskatchewan et de l'Alberta ont suscité dans le public, la documentation à leur sujet se limite aux textes législatifs, à quelques conférences et aux rapports annuels de la Commission de l'assurance-maladie de la Saskatchewan.

Afin d'apprécier aussi justement que possible le fonctionnement de ces régimes, le Comité a jugé nécessaire de visiter un certain nombre d'organismes intéressés à l'assurance-maladie dans ces provinces. Chaque visite a fait l'objet d'un compte-rendu qui est consigné dans les archives du Comité. Il n'a pas paru opportun de reproduire ces comptes-rendus dans le rapport du Comité en raison de leur caractère confidentiel. Les membres du Comité conjoint peuvent toutefois les consulter.

A l'aide de la documentation disponible et des renseignements obtenus, le Comité s'est efforcé de faire ressortir, dans ce volume, les aspects les plus intéressants de ces deux régimes. Les études présentées demeurent toutefois descriptives, étant donné la nature du mandat du Comité.

Enfin, le Comité a jugé utile de souligner certaines caractéristiques particulières des régimes de l'Ontario et de la Colombie Britannique. Une étude détaillée de ces régimes ne semblait pas indiquée puisqu'ils s'inspirent tous deux du régime de l'Alberta et que le régime ontarien n'entrera en vigueur que le 1er juillet prochain alors que celui de la Colombie Britannique n'est entré en vigueur que le 1er septembre 1965.

(1) Voir les définitions de régime d'assurance-maladie et de régime facultatif à la page 29 du Volume I du présent rapport.

INTRODUCTION

Le 1er juillet 1961, la République algérienne démocratique et populaire a proclamé son indépendance. Elle a ainsi repris son destin et son destinée. Elle a ainsi repris son destin et son destinée.

Le 1er juillet 1961, la République algérienne démocratique et populaire a proclamé son indépendance. Elle a ainsi repris son destin et son destinée. Elle a ainsi repris son destin et son destinée.

Le 1er juillet 1961, la République algérienne démocratique et populaire a proclamé son indépendance. Elle a ainsi repris son destin et son destinée. Elle a ainsi repris son destin et son destinée.

Le 1er juillet 1961, la République algérienne démocratique et populaire a proclamé son indépendance. Elle a ainsi repris son destin et son destinée. Elle a ainsi repris son destin et son destinée.

Le 1er juillet 1961, la République algérienne démocratique et populaire a proclamé son indépendance. Elle a ainsi repris son destin et son destinée. Elle a ainsi repris son destin et son destinée.

Le 1er juillet 1961, la République algérienne démocratique et populaire a proclamé son indépendance. Elle a ainsi repris son destin et son destinée. Elle a ainsi repris son destin et son destinée.

Le 1er juillet 1961, la République algérienne démocratique et populaire a proclamé son indépendance. Elle a ainsi repris son destin et son destinée. Elle a ainsi repris son destin et son destinée.

Le 1er juillet 1961, la République algérienne démocratique et populaire a proclamé son indépendance. Elle a ainsi repris son destin et son destinée. Elle a ainsi repris son destin et son destinée.

CHAPITRE I

L'ASSURANCE-MALADIE EN SASKATCHEWAN

*
* *

HISTORIQUE

La province de la Saskatchewan a joué un rôle de pionnier dans l'établissement de mesures sociales dans le domaine de la santé. Pendant la décennie 1910-1920, diverses municipalités ont élaboré un programme dans le but d'attirer des médecins en leur assurant un revenu satisfaisant. En 1929, la Saskatchewan fut la première province à accorder des soins et traitements aux tuberculeux. Deux cliniques pour le diagnostic et le traitement du cancer furent établies en 1930; ces soins furent étendus à l'échelle de la province en 1944. Un service aérien de transport en ambulance fonctionne depuis 1946.

L'année 1946 voyait également le développement du régime d'assurance-maladie de la région sanitaire de Swift Current, comprenant environ 75 municipalités et une population de plus de 53,000 personnes. Ce régime avait les caractéristiques suivantes:

- 1.- champ d'application universel;
- 2.- couverture des soins médicaux et de certains soins dentaires;
- 3.- financement par des primes obligatoires, une taxe foncière et un octroi provincial;
- 4.- participation de 40 médecins.

La période 1944-1961 (1)

Lorsqu'en décembre 1959, l'Honorable T.C. Douglas, alors Premier Ministre, annonça que son gouvernement se préparait à établir un régime d'assurance-maladie, ce n'était pas la première fois qu'il était question pour le gouvernement de la Saskatchewan de légiférer dans ce domaine, à l'échelle de la province. En effet, le gouvernement, après avoir mis sur pied l'assurance-hospitalisation en 1946, réitérait son intention d'établir un régime d'assurance pour les soins médicaux aussitôt que la situa-

(1) Cette partie s'inspire largement du chapitre sur la Saskatchewan contenu dans le livre de W.P. Thompson. Medical Care Programs and Issues. Toronto, Clarke, Irwin & Company Ltd., 1964, chapitre V, pp. 56-90.

tion financière de la province le permettrait. L'intention était certes bien arrêtée puisqu'en 1944 et 1945 des consultations eurent lieu entre le gouvernement et le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan (1); il y eut même entente au sujet des principales caractéristiques du régime.

Il s'écoula cependant plusieurs années avant la mise sur pied d'un régime général d'assurance-maladie. Ceci s'explique par l'augmentation continuelle des coûts de l'assurance-hospitalisation et le fait que la province en assumait le coût entier pendant plusieurs années. Il faut également souligner qu'entre 1945 et 1959 l'attitude du Collège changea diamétralement. Alors qu'en 1944 et 1945, le gouvernement et le Collège arrivèrent facilement à un accord, la situation ne fut pas aussi aisée à compter de 1960. Ce revirement pourrait en partie s'expliquer par le fait qu'au sortir de la guerre de 1939-45, la situation économique de toute la population, et par conséquent celle des médecins, laissait beaucoup à désirer; de ce point de vue, un régime gouvernemental présentait possiblement plus d'attrait en 1945 qu'en 1960.

Dans cette même déclaration de décembre 1959, où le gouvernement annonçait ses intentions au sujet de l'assurance-maladie, le Premier Ministre énonça les cinq grands principes que le régime devait respecter:

1.- le régime d'assurance-maladie doit être administré par un organisme public responsable à la législature par l'intermédiaire du ministre de la Santé;

2.- le régime doit reposer sur le principe de l'assurance, le montant de la contribution étant fixé selon la capacité de payer des personnes qui subviennent à leurs propres besoins;

3.- le régime doit être universel et n'exclure que les personnes protégées par d'autres régimes publics;

4.- le régime doit avoir pour objectif principal le maintien et l'amélioration de la qualité déjà élevée des soins actuellement donnés, en même temps que la distribution optimale et l'accessibilité des soins;

5.- les modalités d'un régime doivent être acceptables à ceux qui fournissent les soins et à ceux qui les reçoivent (2).

Le gouvernement annonça également la formation d'un comité consultatif et représentatif, chargé de faire des recommandations relatives à la mise sur pied d'un régime d'assurance-mala-

(1) Ci-après appelé le Collège.

(2) Voir: Interim Report of the Advisory Planning Committee on Medical Care to the Government of Saskatchewan. Regina, Queen's Printer, 1962, p. 1.

die. Le Collège refusa d'abord d'y envoyer des représentants; ce n'est qu'après négociations et après élargissement du mandat de ce comité que le Collège désigna ses trois représentants. Le "Advisory Planning Committee on Medical Care", formé le 26 avril 1960 par arrêté ministériel, se vit alors chargé d'étudier les besoins de la population dans le domaine de la santé, en regard d'un régime d'assurance-maladie. Ce Comité, mieux connu sous le nom de "Thompson Committee", se composait de douze personnes représentant divers organismes:

- trois médecins nommés par le Collège;
 - trois représentants du gouvernement, dont deux étaient médecins;
 - trois représentants du public en général;
 - un membre de la Faculté de médecine de l'Université de la Saskatchewan;
 - un représentant de la Saskatchewan Chamber of Commerce; et
 - un représentant de la Saskatchewan Federation of Labour.
- Au total, six étaient médecins.

En septembre 1961, après plus d'un an de travail, le comité présenta un premier rapport contenant les recommandations suivantes:

- 1.- tous les résidents de la province devraient être assurés;
- 2.- tous les soins médicaux devraient être couverts;
- 3.- la prime devrait être obligatoire pour chacun et établie à un niveau acceptable pour les personnes qui subviennent à leurs propres besoins, le reste du coût devant provenir des revenus généraux de la province;
- 4.- la rémunération des médecins devrait se faire sur la base de la rémunération à l'acte, quoique d'autres méthodes devraient être prévues pour des cas spéciaux;
- 5.- un ticket modérateur peu élevé devrait être imposé dans le cas des visites à domicile et au bureau;
- 6.- le régime devrait être administré par une commission publique responsable au gouvernement par l'intermédiaire du ministre de la Santé (1).

L'unanimité n'ayant pu se faire, les représentants du Collège et de la Chambre de Commerce soumièrent un rapport minoritaire dont les principales recommandations se lisent comme suit:

(1) Voir: Interim Report of the Advisory Planning Committee on Medical Care to the Government of Saskatchewan. op. cit., p. 12.

- 1.- l'adhésion au régime devrait être facultative;
- 2.- le régime devrait être administré par des sociétés privées d'assurance-maladie;
- 3.- le gouvernement devrait contribuer au paiement de la prime des personnes à faible revenu et de celles âgées de 65 ans et plus (2).

Il semble que tout ait été mis en oeuvre pour arriver à une entente. Sur les points essentiels, universalité, prime obligatoire et administration par l'autorité publique, aucun groupe ne voulut céder. Cette scission semblait inévitable si l'on se rappelle les principes à partir desquels le "Thompson Committee" devait travailler. Au départ, certains de ces principes étaient réprouvés par le Collège et s'il accepta finalement de nommer des représentants sur ce Comité, ce fut surtout dans le but d'éviter l'odieux d'avoir refusé de travailler à l'élaboration d'un régime d'assurance-maladie. Les représentants du Collège virent leur rôle comme étant celui d'empêcher le plus possible l'intervention gouvernementale sauf si cette intervention consistait à verser aux sociétés d'assurance le paiement de la prime de certaines catégories de personnes.

La législation de 1961

Le projet de loi présenté à la session spéciale d'octobre 1961 et adopté en novembre s'inspirait largement des recommandations du "Thompson Committee". L'instauration du régime était prévue pour le 1er avril 1962.

Dès que le projet de loi fut présenté en Chambre, les médecins, au cours de l'assemblée annuelle du Collège en octobre 1961, manifestèrent leur opposition aux aspects essentiels de la loi et déclarèrent qu'ils refuseraient de pratiquer sous un tel régime. A partir de cette date et jusqu'au premier juillet de l'année suivante où les médecins cessèrent d'offrir leurs services, les deux parties en cause modifièrent quelque peu leur attitude. En dépit de cela, il ne fut pas possible d'en arriver à une entente.

Tout d'abord le Collège refusait de rencontrer le gouvernement, alléguant que seule l'abrogation de la loi rendrait la discussion possible. Le Collège laissa finalement tomber cette condition et une première rencontre eut lieu à la fin de mars 1962. Cette première rencontre fut suivie de quelques autres mais les discussions étaient de même nature que celles qui avaient eu lieu au sein du "Thompson Committee". Les médecins soutenaient que leurs droits et privilèges étaient sérieusement

(1) Voir: Interim Report of the Advisory Planning Committee on Medical Care to the Government of Saskatchewan. op. cit., pp. 118-121.

menacés, qu'il y aurait ingérence des bureaucrates dans l'exercice de la médecine, que la relation médecin-malade serait détruite, etc.. Le gouvernement de son côté proposait de modifier certains articles de la loi ou d'en incorporer d'autres, v.g. de modifier la composition de la Commission de l'assurance-maladie(1). Sur les points essentiels, aucune des deux parties ne voulut céder de terrain et, le premier juillet 1962, les médecins mirent leur menace à exécution.

La grève

De part et d'autre, on s'efforça de pallier les effets les plus désastreux qu'aurait engendrés une absence totale de soins médicaux. Les médecins organisèrent des services d'urgence dans une quarantaine d'hôpitaux de la province. Dès juin le gouvernement avait mis sur pied un programme qui lui permettait de recruter des médecins sur une base temporaire et ses efforts se concentrèrent surtout en Grande-Bretagne car le problème des permis d'exercice ne se posait pas en Saskatchewan pour les médecins de ce pays. Pendant la durée de la grève, la population put recevoir les soins médicaux essentiels.

Pendant les premiers jours de la grève, le Collège exigeait toujours l'abrogation de la loi. Enfin, le 18 juillet, le président du Collège annonça que le Collège acceptait de discuter une révision de la loi. Lord Taylor, médecin britannique agit comme médiateur et, le 23 juillet, il déclara qu'un accord était survenu: il s'agissait du Saskatoon Agreement. Cette entente constitue une formule de compromis entre les positions initiales du gouvernement et celles du Collège. Le Collège acceptait un régime universel et obligatoire, financé partiellement par taxation et administré par l'autorité publique. De son côté, le gouvernement acceptait la participation de sociétés privées d'assurance-maladie, l'addition de trois médecins sur la Commission, et donnait certaines garanties au sujet de ses intentions. Les médecins, tout comme les malades, ont le choix entre l'utilisation de quatre formules pour le paiement des comptes (2), ce qui laisse aux médecins la liberté de participer ou non au régime et le choix de la forme de participation, i.e. traiter directement avec la Commission ou se servir des sociétés d'assurance-maladie comme intermédiaires.

Les médecins reprirent leur pratique aussitôt après la signature de l'entente et, peu de temps après, la loi fut amendée conformément aux termes du Saskatoon Agreement.

(1) Medical Care Insurance Commission, ci-après appelée la Commission.

(2) Ces quatre formules sont décrites plus loin.

ADMINISTRATION DU REGIME D'ASSURANCE-MALADIE

Pouvoirs et responsabilités de la Commission

Le régime d'assurance-maladie est administré par une Commission. La Commission est composée d'au moins sept et d'au plus onze membres, nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. Le sous-ministre de la Santé est membre d'office. Trois des membres sont des médecins dont les noms sont suggérés par le Collège: un spécialiste, un omnipraticien et un professeur à plein temps de la Faculté de médecine de l'Université de la Saskatchewan. Outre ces trois médecins et sans tenir compte du président et du sous-ministre, deux autres commissaires peuvent être médecins.

Le lieutenant-gouverneur en conseil et la Commission ont tous deux le pouvoir de faire des règlements dans leurs domaines respectifs. Le lieutenant-gouverneur en conseil peut édicter des règlements concernant le financement, la méthode de perception des primes, de même que la couverture et le champ d'application du régime. Cependant, si ces règlements risquent de modifier considérablement le fonctionnement du régime, le lieutenant-gouverneur en conseil doit au préalable consulter la Commission.

La Commission a le pouvoir de faire des règlements au sujet du tarif d'honoraires, du pourcentage du tarif qui est effectivement payé, des méthodes de paiement et du traitement des demandes de prestation.

A l'heure actuelle, la loi et les règlements prévoient des dispositions relatives au tarif d'honoraires et au pourcentage utilisé pour le paiement du tarif. Le Collège, moyennant un avis de trois mois à la Commission, a le pouvoir d'amender son tarif. Ceci lui permet de hausser soit l'ensemble du tarif, soit le tarif d'un acte médical en particulier. Dans ce dernier cas, le Collège remanie la structure interne de son tarif puisqu'il a changé la valeur d'un acte médical par rapport aux autres. Toutefois, une modification de ce type peut avoir des effets sur le coût global du régime de l'assurance-maladie. Il semble toutefois qu'il y ait entente, à l'effet que le Collège n'utilisera ce pouvoir qu'avec beaucoup de prudence et n'oubliera jamais ses responsabilités. La Commission pour sa part a le pouvoir de changer le pourcentage du tarif d'honoraires qui est payé. Advenant le cas, peu probable mais quand même possible, où le Collège amenderait son tarif de façon telle qu'il y aurait une sérieuse augmentation du coût du régime, la Commission conserve le contrôle du coût puisqu'elle peut toujours diminuer le pourcentage applicable au tarif d'honoraires.

La Commission est responsable de l'administration de la Caisse d'assurance-maladie (1) et le paiement des soins assurés constitue l'une de ses principales fonctions. La Commission ef-

(1) Medical Care Insurance Fund.

fectue le paiement sur la base de la rémunération à l'acte selon diverses procédures dont le choix est laissé au médecin.

1.- Le médecin peut envoyer ses comptes directement à la Commission, pour soins donnés à un ou des bénéficiaires. Dans un tel cas, le médecin accepte d'être payé à 85% du tarif minimum d'honoraires du Collège et de considérer ce paiement comme complet et final. Cette entente (il s'agit en l'occurrence d'une lettre) n'a pas de durée déterminée et peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre partie.

2.- Le médecin peut décider de pratiquer en association avec une société privée d'assurance-maladie. Lorsque son malade est assuré par la société à laquelle il adhère, le médecin expédie ses comptes à cette société, qui, à son tour, les soumet à la Commission pour remboursement à 85% du tarif d'honoraires du Collège. La société envoie au médecin ce montant à titre de paiement final. Il peut être utile d'ajouter que la plupart des médecins sont inscrits sur la liste des deux sociétés privées d'assurance-maladie actuellement existantes. Les médecins peuvent soigner des malades inscrits à l'une ou l'autre société.

3.- Lorsque le médecin et son malade ne sont pas inscrits à la même société d'assurance-maladie, ou lorsque le malade n'est bénéficiaire d'aucune société et que le médecin n'a pas de contrat avec la Commission, il est possible d'utiliser la méthode du remboursement. Le montant des honoraires est déterminé selon les mécanismes habituels de la pratique libérale et le malade verse ces honoraires au médecin. Toutefois le malade peut soumettre son compte - contenant les informations requises - à la Commission qui le remboursera à 85% du tarif d'honoraires du Collège. Il n'existe donc aucun contact entre le médecin et le régime d'assurance-maladie à moins que la Commission ne demande au médecin de lui fournir des renseignements additionnels concernant les soins donnés au dit malade.

4.- Certaines régions ou municipalités où la densité de population est faible ont de la difficulté à obtenir les services d'un médecin. Lorsque la Commission reconnaît que le besoin est réel, elle peut aider ces régions ou municipalités à recruter un médecin. L'aide de la Commission concerne le recrutement et l'établissement du médecin et elle peut passer un contrat avec ce médecin en ce qui concerne sa rémunération. Elle peut soit garantir un revenu annuel minimum brut si le médecin est rémunéré à l'acte, soit verser au médecin une somme globale pour tous les soins assurés qu'il fournit aux bénéficiaires du régime.

Les sociétés privées d'assurance-maladie

Grâce au Saskatoon Agreement les médecins ont réussi à maintenir en existence les sociétés privées d'assurance-maladie, mais ces dernières jouent actuellement un rôle relativement limité à l'intérieur du régime gouvernemental. Il y a seulement

deux sociétés (1) qui satisfont aux exigences spécifiées par la loi et les règlements, v.g. société à but non lucratif. Elles servent d'intermédiaires entre la Commission et les médecins dans le mécanisme de paiement des soins assurés; plusieurs les considèrent comme de simples "bureaux de poste". Elles chargent à leurs bénéficiaires une prime dont le montant est de \$1.50 pour les personnes seules et de \$3.00 pour les familles; ces sommes servent à couvrir les frais d'administration. Depuis l'avènement du régime gouvernemental, elles assurent des risques supplémentaires non couverts par le régime général.

Les médecins considèrent nécessaire le maintien en existence de ces sociétés. Ces dernières, jouant un rôle d'intermédiaire, permettent aux médecins de n'avoir aucun contact direct avec la Commission et même de déclarer qu'ils ne pratiquent pas sous le régime gouvernemental. Il y a cependant lieu de souligner quelques inconvénients. L'administration de la Commission en est quelque peu compliquée et ses frais légèrement augmentés, d'autant plus qu'il n'y a pas eu accord entre la Commission et ces sociétés à l'effet d'utiliser un formulaire identique pour les demandes de prestation. Dans certains cas, des bénéficiaires peuvent être forcés de s'inscrire à l'une ou l'autre de ces sociétés si le médecin de leur choix a décidé de pratiquer sous leur égide.

En tant qu'organismes "assureurs", ces sociétés privées d'assurance-maladie n'ont plus qu'une fonction très restreinte, mais elles remplissent un rôle d'une importance psychologique réelle. Sur le nombre total de demandes de prestation faites à la Commission, plus de 60% sont acheminées par les sociétés privées d'assurance-maladie.

Organisation de la Commission

Le directeur exécutif de la Commission est responsable vis-à-vis celle-ci de l'administration du régime. Ses principales fonctions peuvent se résumer comme suit: veiller à la mise en application des décisions prises par la Commission, rapporter aux commissaires tout événement ou changement significatif, leur fournir les renseignements nécessaires et enfin diriger l'administration de la Commission. Le travail de la Commission est réparti entre quatre services principaux:

- 1) Service administratif (2);
- 2) Service des prestations (3);

(1) Ce sont: Group Medical Services, Regina, and Medical Services Incorporated, Saskatoon.

(2) Administrative Services Branch.

(3) Claims Branch.

3) Secrétariat médical (1);

4) Service de recherche (2).

Le Service administratif est chargé de la comptabilité, du budget, des achats et du personnel alors que le Service des prestations est responsable des demandes de prestation, depuis le moment où elles parviennent à la Commission jusqu'à l'étape finale du paiement. Ce service reçoit approximativement 9,000 réclamations par jour ouvrable, ce qui représente un nombre total d'environ 15,000 unités de soins. Les informations contenues sur les demandes de prestation sont inscrites sur cartes perforées et acheminées vers l'ordinateur électronique qui vérifie chaque carte. Les vérifications sont du genre suivant:

- le médecin qui demande un tarif de spécialiste est-il effectivement spécialiste?
- le diagnostic est-il logique?
- le médecin a-t-il un permis d'exercice?
- le montant inscrit est-il exact?

Cette vérification mécanique permet d'approuver ainsi 80% des demandes de prestation et l'on procède ensuite au paiement. Les demandes rejetées par l'ordinateur sont traitées manuellement par le Service des prestations qui fait les corrections nécessaires. Les demandes de prestation qui nécessitent une expertise médicale sont transmises au Secrétariat médical de la Commission. Environ 0.5% des demandes de prestation parviennent au Secrétariat médical.

Le Secrétariat médical a pour fonctions principales:

1.- de développer une politique qui sert à l'évaluation et au contrôle des demandes de prestation et de préparer et publier des règles qui peuvent être traduites en un programme pour l'ordinateur;

2.- de servir à titre de conseillers auprès des médecins lorsque ceux-ci demandent des informations concernant le régime et son fonctionnement;

3.- d'étudier les demandes de prestation qui nécessitent une expertise médicale.

Les demandes de prestation qui présentent des difficultés particulières sont acheminées au Comité de médecins-conseils (3) dont le secrétaire appartient au Secrétariat médical. Ce Comité

(1) Medical Branch.

(2) Research Branch.

(3) Medical Assessment Board.

est composé de cinq médecins suggérés par le Collège et nommés par la Commission. Outre l'étude de ces demandes de prestation, il revise les procédures d'évaluation des demandes de prestation et fait des recommandations à ce sujet.

Le Service de recherche, établi depuis un peu plus d'un an, utilise les informations statistiques rendues disponibles par le Service des prestations et peut ainsi procéder à des études concernant les coûts et l'utilisation du régime. Il se préoccupe également du contrôle des coûts et des abus qui peuvent se glisser. Il a entrepris une analyse de l'activité professionnelle des médecins (doctor profiles).

L'ensemble des médecins est réparti entre deux catégories principales: spécialiste et omnipraticien. Les médecins de chaque catégorie sont ensuite classés selon les caractéristiques suivantes: pratique urbaine ou rurale, pratique individuelle ou de groupe, durée de pratique dans la province. On détermine ainsi huit groupes; par exemple, un omnipraticien qui pratique dans une ville, en groupe et dans la province depuis moins de deux ans appartient au Groupe A.

Pour chaque médecin, on réunit diverses informations telles que le nombre de patients vus, répartis par sexe et groupe d'âge, le coût par patient, le nombre de patients référés et à quel type de spécialistes. D'autres aspects de la pratique médicale sont également considérés: le nombre de visites à domicile, de visites d'urgence, de visites à l'hôpital, d'actes de chirurgie et petite chirurgie etc.. Ces mêmes renseignements sont également réunis pour le groupe auquel ce médecin appartient, et l'on compare son activité professionnelle à celle de son groupe. Si sur certaines observations, il dévie de plus de deux écarts-types par rapport à la moyenne, le "profil" est automatiquement référé au Comité de contrôle de l'activité professionnelle (1). Ce Comité, récemment mis sur pied par le Collège, étudie et évalue ces "profils" et peut décider:

- 1.- qu'il n'y a rien d'anormal dans la pratique de ce médecin;
- 2.- que le cas n'est pas grave et on se contente alors de donner un avertissement au médecin;
- 3.- qu'il y a lieu de demander à la Commission de réexaminer les comptes présentés par ce médecin;
- 4.- qu'il y ait lieu de recommander le retrait du permis d'exercice du médecin.

Lorsque le Comité fait une recommandation à la Commission, cette dernière décide des sanctions qu'elle doit appli-

(1) Professional Review Committee.

quer.

Cette utilisation des "profils" des médecins peut remplir deux buts: tenter d'identifier les soins qui ne sont pas requis et ceux qui seraient mal exécutés. On doit donc voir le "profil" comme un instrument qui pourrait éliminer certains abus et comme un moyen de déceler une mauvaise qualité de soins. L'existence elle-même de ce mécanisme incite les médecins à une discipline personnelle. L'analyse, qui est sous la responsabilité du Collège, doit tenir compte de la situation globale tout autant que des circonstances particulières.

STATUT DES MEDECINS

Avant de considérer le régime actuel d'assurance-maladie de la Saskatchewan du point de vue de la profession médicale, il est intéressant d'examiner le contenu du Saskatoon Agreement que l'on peut considérer comme l'entente de base entre le gouvernement et le Collège. Les aspects principaux qu'il convient d'en souligner sont les suivants:

1.- le régime ne doit en aucune façon intervenir dans les droits et les devoirs des médecins dans l'exercice de leur profession;

2.- les citoyens doivent être libres de choisir leur médecin; les médecins doivent également avoir le choix quant à leur participation au régime;

3.- les médecins doivent être libres de choisir l'endroit et la nature de leur pratique;

4.- les sociétés privées d'assurance-maladie continueront d'exister;

5.- les médecins ne feront aucune différence dans la qualité des soins que les malades soient inscrits ou non à une société d'assurance-maladie; le médecin a toutefois le choix de ne traiter que les malades d'une catégorie ou d'une autre;

6.- il ne doit s'exercer aucune discrimination entre les médecins relativement à la manière dont ils ont choisi de pratiquer.

Les autres articles du Saskatoon Agreement traitent des choix quant au mode de rémunération, au taux de paiement (1), à la représentation des médecins sur la Commission, le tout devant

(1) Le taux de paiement ou le taux général de paiement réfère au tarif d'honoraires et au pourcentage du tarif qui est payé.

être incorporé dans le texte de loi.

On peut envisager l'étude du statut des médecins dans le régime, tel qu'il fonctionne actuellement, en considérant deux aspects:

a) le rôle qu'ils jouent dans l'administration et le fonctionnement du régime, et

b) comment ce régime gouvernemental respecte les libertés fondamentales de la pratique médicale.

Quant au premier point, on se souvient que trois membres de la Commission sont des médecins dont les noms sont suggérés par le Collège et qu'il y est possible d'avoir jusqu'à cinq médecins (à l'exclusion du président et du sous-ministre) membres de la Commission. Que l'on se rappelle également que le Collège - moyennant un avis de trois mois à la Commission - a le pouvoir d'amender son tarif d'honoraires. De plus, un Comité de médecins-conseils, composé de cinq médecins suggérés par le Collège et nommés par la Commission, est chargé de l'évaluation des demandes de prestation particulièrement difficiles.

Le Comité de contrôle de l'activité professionnelle récemment mis sur pied par le Collège illustre un autre lien entre la Commission et le Collège. Ce Comité, quoique se préoccupant de la qualité des soins et des abus qui pourraient se glisser chez ses membres, utilise toutefois comme instrument de travail des rapports émanant de la Commission et peut également faire des recommandations à la Commission en vue d'appliquer des sanctions.

Les relations décrites plus haut entre la profession médicale et le gouvernement concernent directement le fonctionnement actuel du régime. En outre, certaines dispositions de la loi prévoient les cas où il doit y avoir consultation entre le Collège et le gouvernement et les cas où des modifications ne seront faites qu'avec l'approbation du Collège. S'il survient un désaccord au sujet du taux général de paiement ou d'une modification à y apporter, le lieutenant-gouverneur en conseil peut faire des règlements qui devront être acceptés par le Collège concernant la façon de solutionner le problème.

Il est également prévu que la Commission doit consulter le Collège avant de procéder à tout règlement modifiant le taux général de paiement et ne doit pas procéder à cette révision avant d'avoir reçu l'avis et les recommandations du Collège. Lorsque les circonstances le justifient, la Commission peut, avec l'approbation du Collège, payer une somme inférieure à la somme normale. Cette dernière procédure est reliée au fonctionnement du Comité de contrôle de l'activité professionnelle qui analyse les "profils" des médecins mais dont les sanctions sont appliquées par la Commission.

Si l'on considère les libertés fondamentales d'exercice de la médecine, libre choix du médecin et du malade, liberté de prescription, rémunération à l'acte, respect du secret professionnel, il est intéressant de voir sur quels aspects la législation est spécifique. En substance, l'article 29 se lit comme suit: rien dans cette législation ou dans les règlements faits par le lieutenant-gouverneur en conseil ne doit restreindre la liberté d'un assuré de choisir un médecin qui le soignera et il en est de même pour le médecin qui a le droit d'accepter ou de refuser un malade qui est un assuré. Concernant la liberté de prescription, la loi est muette sur ce point; tout porte à croire que cette liberté n'étant pas menacée, le Collège n'a pas cru bon de la faire mentionner dans la loi. Rien dans la loi ne doit empêcher le médecin de choisir la méthode selon laquelle il désire être rémunéré et ce n'est ni le but ni l'intention de cette loi d'établir un régime d'assurance-maladie où les médecins seraient rémunérés exclusivement ou principalement d'après des sommes annuelles fixes (1). Quant au secret professionnel lui-même, rien dans la législation ne s'y rapporte, sauf que toute personne employée par la Commission ne doit rien révéler des renseignements qui viennent à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions (2).

Somme toute, on peut dire que les médecins participent à l'administration du régime gouvernemental de deux façon principales: d'abord par leur représentation sur la Commission, et ensuite par une participation indirecte au contrôle des coûts. Cette participation s'effectue par l'entremise du Comité de contrôle de l'activité professionnelle du Collège. Ce Comité, dont la mise sur pied est récente, semble un indice de meilleures communications entre les deux parties en cause et facilite la création d'organismes semblables qui assureraient une meilleure collaboration entre la Commission et le Collège. Le contenu du texte législatif lui-même semble préserver les libertés fondamentales de la pratique médicale, sans oublier le Saskatoon Agreement qui demeure.

FINANCEMENT ET COUT

La Caisse d'assurance-maladie, qui défraie le coût de perception des primes, les frais d'administration et les paiements des soins assurés s'alimente à deux sources différentes: une prime que tous sont tenus de payer et des prélèvements à même les revenus généraux de la province. A mesure que les primes

(1) Saskatchewan Medical Care Insurance Act, 1961. Regina, Queen's Printer, 1962. a.27a.

(2) An Act to Amend the Saskatchewan Medical Care Insurance Act, 1961. Assented to March 30, 1965. Regina, Queen's Printer, 1965. a.6.

sont perçues, les sommes sont déposées dans la Caisse d'assurance-maladie. De temps à autre et en fonction des obligations de la Commission, des montants sont crédités à la Caisse à même les revenus généraux. La Commission effectue tous ses paiements à partir de cette Caisse.

Tout résident qui subvient à ses propres besoins est tenu au paiement de la prime; il est également responsable du paiement de la prime pour les personnes à sa charge. Certaines catégories d'indigents sont protégés par le régime et leur prime est payée, soit par le gouvernement municipal, soit par le gouvernement provincial, selon que l'un ou l'autre est responsable des soins médicaux de ces personnes. La loi prévoit une amende pouvant aller, jusqu'à \$25, pour toute personne qui ne paie pas sa prime. Cependant, lorsqu'une prime n'est pas payée, la personne n'est pas protégée et la Commission ne verse pas de prestations. Il semble que pour divers motifs, un petit nombre de personnes ne paie pas la prime. La perception des primes est effectuée par les cités, villes, villages, municipalités, qui sont désignés comme "Collection District", sauf à Regina et Saskatoon où le gouvernement les perçoit directement.

Chaque année le lieutenant-gouverneur en conseil fait un règlement concernant les primes. Ce règlement réitère que les primes pour l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation sont perçues conjointement. Il fixe le montant de la prime pour les personnes seules et pour les familles, ainsi que certaines modalités concernant la définition des personnes à charge, le nombre et la date des versements, etc..

Le tableau suivant indique les montants respectifs des primes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, pour les personnes seules (C) et les familles (M), pour les années, 1962, 1963, 1964 et 1965.

PRIMES POUR LES ANNEES 1962 - 1965 (1)								
	1962		1963		1964		1965	
	<u>C</u>	<u>M</u>	<u>C</u>	<u>M</u>	<u>C</u>	<u>M</u>	<u>C</u>	<u>M</u>
Assurance-maladie	---	---	\$12	\$24	\$ 6	\$12	\$12	\$24
Assurance-hospitalisation	\$24	\$48	\$24	\$48	\$20	\$40	\$24	\$48
Total	\$24	\$48	\$36	\$72	\$26	\$52	\$36	\$72

(1) Saskatchewan Medical Care Insurance Commission - Annual Report - Regina, 1964, p. 11.

Pour l'année 1966, il a déjà été annoncé que le montant des primes demeurerait le même soit un montant total de \$36. pour les personnes seules et de \$72. pour les familles.

Les sommes perçues sous forme de primes pour l'assurance-maladie correspondaient en 1963 à 24.59% des paiements totaux effectués par la Commission. En 1964, cette proportion devenait 14.76%. Si l'on se rappelle qu'en 1964 le montant de la prime était la moitié de celui de 1963, il est fort compréhensible que cette proportion ait diminué considérablement (1).

En 1963, la Caisse a effectué des paiements pour une somme totale de \$18,313,000. et en 1964 ce chiffre s'élevait à \$20,439,000. ce qui représente une augmentation brute de 11.61%.

Pour obtenir l'augmentation nette, il est nécessaire de procéder à des ajustements qui rendent ces montants comparables d'une année à l'autre. Compte tenu de ces ajustements, le coût per capita pour 1963 était de \$22.25 et en 1964, ce coût atteignait \$23.53. L'augmentation per capita s'élève à 5.75% (2). L'augmentation pour l'année 1965 est quelque peu inférieure à ce pourcentage.

Si l'on veut connaître les catégories de soins qui ont le plus contribué à l'augmentation des coûts entre 1963 et 1964, il faut distribuer la somme totale des paiements effectués par la Commission selon le type de soins. On exprime ensuite le changement, en dollars et en pourcentage, pour chaque catégorie de soins. On constate alors que les examens de radiologie diagnostique ont contribué à 31.57% de la hausse totale, les visites initiales au bureau du médecin à 15.85% et la chirurgie à 10.81% (3).

Région sanitaire de Swift Current

A la suite d'une entente entre la Commission et le Conseil régional de la région sanitaire de Swift Current, le régime d'assurance-maladie de cette région continue d'opérer indépendamment du régime général. Le contrat entre la Commission et le Conseil régional qui est entré en vigueur le 1er janvier 1963, prévoyait les principales modalités. Le Conseil régional a le pouvoir de prélever une taxe servant à défrayer une partie du coût de l'assurance-maladie, l'autre partie des coûts est payée par la Commission. La Commission verse au Conseil régional des sommes qui correspondent au montant de la taxe provinciale affecté aux dépenses de l'assurance-maladie.

(1) Saskatchewan Medical Care Insurance Commission - Annual Report - Regina, 1964, p. 12.

(2) *ibid.*, p. 31.

(3) *ibid.*, p. 36.

Le calcul de ce montant s'effectue ainsi: sans tenir compte de la région de Swift Current, on retranche du coût total des soins assurés les revenus que la Commission reçoit sous forme de primes. On divise le montant résiduel par la population admissible de la province; cette somme per capita est ensuite multipliée par le nombre de personnes de la région de Swift Current.

Le Conseil régional effectue lui-même tous les paiements pour les soins médicaux donnés aux bénéficiaires de la région.

CHAMP D'APPLICATION

Toute personne considérée comme résident de la province de la Saskatchewan doit s'assurer en s'enregistrant et en payant une prime. Un résident est défini comme une personne ayant le droit de résider au Canada, qui s'établit et qui demeure habituellement dans la province. A moins d'être exempté de payer la prime et n'être pas bénéficiaire, un résident doit s'enregistrer. Le résident doit payer sa prime ou cette dernière doit être payée pour lui s'il en est incapable. Ceux qui arrivent dans la province doivent attendre une période de trois mois et ceux qui quittent demeurent couverts pour trois mois.

Certains résidents reçoivent des soins médicaux en vertu d'autres régimes publics; ils ne sont donc pas protégés par le régime provincial et ne paient pas la prime. Ce sont:

- 1.- les indiens qui vivent dans les réserves;
- 2.- les membres des forces armées, de la Gendarmerie royale et les récipiendaires de la pension d'Anciens Combattants. Leurs familles sont cependant admissibles et elles sont protégées moyennant paiement de la prime;
- 3.- les malades des hôpitaux psychiatriques et des sanatoriums de même que les détenus des prisons et des maisons provinciales de correction;
- 4.- ceux qui sont habituellement classés parmi les assistés sociaux et qui en Saskatchewan reçoivent des soins médicaux par l'intermédiaire du ministère de la Santé. Ce sont:
 - a) Les récipiendaires de la Pension de la sécurité de vieillesse, de la Pension d'aveugles (Supplemental Allowance), de l'allocation pour les familles dépendantes et les personnes sous tutelle gouvernementale (Provincial Government Wards).
 - b) Les récipiendaires de l'assistance-vieillesse sont protégés par le régime gouvernemental d'as-

assurance-maladie et c'est le gouvernement provincial qui paie la prime. De plus, certains indigents assistés par les municipalités sont également couverts et le coût de la prime est défrayé par ces municipalités.

Si l'on considère le total de la population de la Saskatchewan en 1964, on voit que la presque totalité est protégée contre les risques de la maladie:

Régimes d'assurance-maladie (1)	année 1964	
	Nombre de personnes	Pourcentage
Régime provincial d'assurance-maladie	879,224	93.24
Commission de l'assurance-maladie	825,157	87.50
Swift Current	54,067	5.74
Autres régimes provinciaux	29,487	3.13
Régimes fédéraux	33,045	3.50
Total	<u>941,756</u>	<u>99.87</u>
Population totale	943,000	100.00

A toutes fins pratiques, tous reçoivent des soins médicaux sauf les personnes qui viennent d'arriver ou qui sont de passage ou qui ne paient pas leur prime.

SOINS ASSURES

Les soins assurés en vertu du régime d'assurance-maladie établi par le gouvernement de la Saskatchewan sont les suivants:

a) soins médicaux: diagnostic et traitement de toutes les affections et incapacités;

b) soins chirurgicaux: outre les actes chirurgicaux, ils comprennent le diagnostic, les soins et traitement pré et

(1) Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, op. cit., p. 16.

post-opératoires, et les services d'un assistant lorsque nécessaires;

c) maternité: obstétrique, soins pré et post-nataux et soins à l'enfant;

d) soins des spécialistes: tous les soins donnés par un spécialiste, que le malade ait été référé ou non par un autre médecin;

e) anesthésie: anesthésie administrée dans les cas de chirurgie, d'obstétrique, de soins dentaires (à l'hôpital), de chirurgie dentaire acceptée par la Commission et effectuée par un anesthésiste;

f) examens diagnostiques: rayons-X, comprenant l'analyse par un radiologiste, lorsque l'examen n'est pas fait dans l'hôpital; examens de laboratoire, incluant l'analyse par un médecin de laboratoire, lorsque le soin n'est pas donné en milieu hospitalier; un nombre limité d'examens de laboratoire effectués par un omnipraticien ou un spécialiste autre qu'un médecin de laboratoire;

g) soins préventifs: inoculations et vaccinations non fournies par des services municipaux ou gouvernementaux; examens de routine, à l'exclusion des examens pré-nuptiaux, des examens pour fin d'assurance ou d'emploi, ou requis par une tierce partie;

h) soins dentaires: donnés par un dentiste en rapport avec la chirurgie maxillo-faciale.

Tous les soins suivants sont exclus:

a) soins pour le diagnostic et le traitement du cancer;

b) soins reçus par une personne qui est bénéficiaire d'une des lois suivantes:

- Workmen's Compensation Legislation,
- The Tuberculosis Sanatoria and Hospitals Act,
- The Mental Act, 1961,
- The Saskatchewan Hospitalization Act,
- Part II of the Automobile Accident Insurance Act,
- The Venereal Disease Prevention Act,
- Aeronautics Act,
- Civilian War Pensions and Allowances Act,

- Government Employees Compensation Act,
- Merchant Seamen Compensation Act,
- National Defence Act,
- Pension Act,
- Royal Canadian Mounted Police Act,
- Veterans Rehabilitation Act.

c) frais de déplacement du médecin sauf dans des circonstances spécifiées par la Commission;

d) transport en ambulance;

e) soins donnés par des infirmières en service privé;

f) tout soin qui n'est pas donné par un médecin;

g) chirurgie plastique pour des fins esthétiques;

h) réfraction;

i) soins dentaires;

j) physiothérapie;

k) médicaments et prothèses;

l) consultations téléphoniques;

m) à cette liste, il faut ajouter les exclusions déjà prévues dans la liste des soins assurés.

BIBLIOGRAPHIE

COOK, H.G. - Preliminary Report of the Saskatchewan Medical Care Insurance Plan. Ottawa, Department of National Health and Welfare, 1965. 25p. (document photocopié).

CANADA. Department of National Health and Welfare - Financing of Personal Health Care for Recipients of Public Assistance in Saskatchewan, 1956-57 to 1963-64. Ottawa, Queen's Printer, July 1965. 25p. (Research and Statistics Division "Memo").

FREAMO, B.E. - The Saskatchewan Situation. Canadian Medical Association Journal, July 7, 1962, Vol. 87, no 1, p. 41-44.

GEORGE, D.R.J. - The Saskatchewan Medical Care Insurance Plan, 1965. 21p. (document photocopié préparé à l'intention du Comité).

- Report of the Advisory Planning Committee on Medical Care to the Government of Saskatchewan. Regina, Queen's Printer, 1962. Interim Report 1961. Final Report 1962.

- Saskatchewan Medical Care Insurance Act, 1961. Regina, Queen's Printer, 1962.

SASKATCHEWAN - An Act to Amend the Saskatchewan Medical Care Insurance Act, 1961. Assented to March 30, 1965. Regina, Queen's Printer, 1965.

SASKATCHEWAN - Annual Report of the Department of Public Health 1963-64. Regina, Queen's Printer, 1964. 145p.

SASKATCHEWAN - Regulations under the Saskatchewan Medical Care Insurance Act. Regina, Queen's Printer. O.C. 628/62; 763/62; 904/62; 1383/62; 1254/63; 1418/64; 981/65.

SASKATCHEWAN MEDICAL CARE INSURANCE COMMISSION - Annual Report. 1962-1964.

- Saskatoon Agreement. Memorandum of Agreement Government of the Province of Saskatchewan and the College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan. Regina, Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, 1962. 13p.

SUTHERLAND, R.W. - Saskatchewan Medical Care Insurance Progress Report. Canadian Journal of Public Health, Feb. 1965, Vol. 56, pp. 77-80.

THOMPSON, W.P. - Medical Care Programs and Issues. Toronto, Clarke, Irwin & Company Limited, 1964. 178p.

THOMPSON, W.P. - Saskatchewan Doctor's Opinions of "Medicare". A Questionnaire Survey. Canadian Medical Association Journal, Oct. 1965, Vol. 93, no 18. pp. 971-6.

CHAPITRE II

L'ASSURANCE-MALADIE EN ALBERTA

*
* *
*

HISTORIQUE

La première tentative du Gouvernement de l'Alberta dans le domaine de l'assurance-maladie remonte à 1932. Une commission de cinq membres de la législature se vit alors confier le mandat d'étudier les moyens de rendre des soins médicaux adéquats accessibles à l'ensemble de la population. Le rapport final de cette commission, déposé en 1934, devait servir de base à la loi de 1935 (1).

Cette loi divisait la province en districts médicaux. Dans chaque district, les électeurs devaient décider par scrutin si le régime d'assurance devait entrer en vigueur. Le financement du régime devait se faire au moyen de primes versées par les employeurs et les employés puis de contributions des municipalités et du gouvernement de la province. La couverture du régime comprenait les soins médicaux et chirurgicaux, les soins dentaires, les soins hospitaliers et infirmiers, les médicaments de même que les examens de laboratoire et de radiographie.

Malgré l'acceptation générale de ce régime, il ne fut jamais mis en vigueur. Le nouveau gouvernement élu en 1935 jugea que le financement du régime constituerait un fardeau trop lourd pour l'économie alors précaire de la province.

Le gouvernement s'attaqua au problème d'une façon différente en assumant graduellement, au cours des années, la responsabilité du traitement de certaines maladies spécifiques. Puis il adopta en 1946, une nouvelle loi portant sur l'assurance-maladie. De nouveau, la province devait être divisée en districts et, cette fois, le vote de 60% des électeurs devait assurer l'entrée en vigueur du régime. Tous les résidents, à l'exception des enfants, devaient verser une contribution annuelle n'excédant pas \$10. Il semble que, par suite de l'impossibilité de conclure une entente avec le gouvernement fédéral au sujet du partage du coût du régime, la loi ne fut jamais proclamée.

En 1953, ces deux lois furent abrogées et l'"Hospitalization and Treatment Services Act" fut adoptée. Cette loi donnait

(1) The Alberta Health Insurance Act.

au ministre de la Santé le pouvoir de payer une partie ou la totalité du coût des soins donnés à certaines catégories d'assistés sociaux et à leurs personnes à charge. Deux ans plus tard, un amendement à la loi donnait au ministre le pouvoir de conclure des ententes avec les sociétés d'assurance au sujet des soins médicaux. Selon ces ententes, le gouvernement pourrait verser aux sociétés d'assurance des subsides devant servir à réduire le montant des primes des assurés. Sauf en ce qui a trait aux assistés sociaux, les autres parties de la loi ne furent jamais appliquées.

Toutefois, l'étude de la question devait se poursuivre et finalement le gouvernement devait énoncer quatre principes auxquels les diverses parties intéressées devaient donner leur assentiment, à savoir:

- a) le régime doit être facultatif et exempt de toute ingérence gouvernementale dans les droits et responsabilités des citoyens;
- b) le régime ne doit pas modifier la relation entre le médecin et le malade nécessaire au maintien d'une haute qualité des soins;
- c) le régime doit être fondé sur les principes de l'assurance afin de répartir le coût des soins médicaux;
- d) le régime doit laisser à l'individu la responsabilité de pourvoir lui-même à ses propres besoins en soins médicaux, tout en donnant à l'Etat la responsabilité d'assister financièrement ceux dont les ressources ne sont pas suffisantes.

L'"Hospitalization and Treatment Services Act" fut amendé conformément à ces principes en 1963. La limitation du montant des subsides fut éliminée mais le paiement de tels subsides devait être réservé aux personnes requérant l'assistance de l'Etat. La loi ainsi amendée devait servir de cadre légal au régime de soins médicaux présentement en vigueur (Alberta Medical Plan).

Les modalités du régime furent établies par le gouvernement en collaboration avec la profession médicale et les assureurs. Le 1er octobre 1963, le régime entra en vigueur.

Enfin, en mars 1964, on adopta l'"Alberta Medical Carriers Act". Cette loi fixe les conditions de participation des assureurs au régime et permet l'établissement d'un mécanisme de compensation financière entre les divers assureurs.

CARACTERISTIQUES DU REGIME

Lors de l'établissement du régime, une proportion importante de la population de l'Alberta était déjà protégée contre les frais des soins médicaux en tant que membres de Medical Ser-

vices (Alberta) Incorporated. Moyennant le paiement d'une prime, cette société offre des soins médicaux complets à tout résident de l'Alberta, sans égard à l'âge et à l'état de santé, au moyen d'ententes avec les membres de la profession médicale. Les modalités du régime furent donc conçues dans le but d'utiliser cette base comme point de départ.

Pour les fins de l'analyse, le régime peut être divisé en deux parties. En résumé, la première partie consiste en une entente entre la profession médicale, les sociétés privées d'assurance, y compris Medical Services (Alberta) Incorporated, et le gouvernement. En vertu de cette entente, les assureurs s'engagent à couvrir tous les citoyens qui le désirent, sans égard à leur âge, leur sexe, leur état de santé et leur occupation, contre les frais médicaux. Un contrat type définit les modalités de la couverture. Les assureurs demeurent libres de charger les primes qu'ils jugent appropriées pour ce contrat type et d'émettre d'autres contrats comportant des avantages différents. Toutefois, le montant de la prime mensuelle pour le contrat type ne peut excéder le maximum légal fixé présentement à \$5.25 pour une personne seule, à \$10.50 pour un couple et à \$13.25 pour une famille de trois personnes ou plus.

La seconde partie du régime crée au gouvernement l'obligation de verser un subside aux assureurs pour chaque résident détenant un contrat type, et dont le revenu est inférieur au minimum fixé. L'admissibilité au paiement du subside est établie en fonction du revenu imposable du résident au cours de l'année précédente; elle est donc établie d'après un examen du revenu et non d'après un examen des besoins. Afin de simplifier l'administration, le subside est versé directement à l'assureur et ce dernier doit l'appliquer directement à la réduction de la prime de l'assuré.

Aucun résident n'est tenu de participer au régime de soins médicaux. Il en est de même pour les employeurs qui n'ont aucune obligation d'assurer leurs employés ou de modifier leurs contrats collectifs pour les rendre conformes au contrat type et rendre ainsi leurs employés admissibles au paiement des subsides.

STRUCTURES ADMINISTRATIVES ET CONSULTATIVES

Les structures administratives et consultatives du régime sont composées de trois organismes.

L'organisme supérieur est la Commission de coordination (Co-ordinating Directorate). Cette Commission, qui conseille directement le ministre de la Santé, est composée de quatre personnes représentant respectivement le gouvernement, la profession médicale, la société Medical Services (Alberta) Incorporated et la Canadian Health Insurance Association, cette dernière association étant le porte-parole des sociétés d'assurance. Bien que le représentant du gouvernement soit le président de la Commission,

il ne peut agir unilatéralement et une séance de la Commission n'est valide qu'en autant que les quatre membres, ou leurs substituts, sont présents.

La Commission de coordination sert de lien entre le gouvernement, la profession médicale et les sociétés d'assurance. Les principales fonctions de la Commission consistent à:

- a) recommander au ministre de la Santé la reconnaissance des assureurs aux fins du régime. Le gouvernement ne verse des subsides qu'aux assureurs reconnus, de telle sorte qu'un résident doit prendre un contrat type avec un assureur reconnu afin d'être admissible au paiement d'un subside (1);
- b) servir de médiateur en cas de conflit entre le bénéficiaire d'un contrat type et un assureur reconnu;
- c) coordonner les activités des parties intéressées.

Un second organisme portant le nom de Alberta Medical Carriers Incorporated est chargé du fonctionnement technique du régime. Un conseil composé de cinq fiduciaires est responsable de l'administration de cette corporation sans but lucratif. Deux fiduciaires sont nommés par la société Medical Services (Alberta) Incorporated, deux par la Canadian Health Insurance Association et le cinquième fiduciaire est élu par les quatre autres. Cet organisme est tenu d'administrer le système de compensation entre les assureurs, de compiler les statistiques nécessaires, de recommander, s'il y a lieu, les changements requis dans les montants maximums de primes et de répondre aux demandes de renseignements techniques de la part des assureurs.

Le Comité de revision (Assessment Committee) constitue le troisième organisme. Ce Comité est composé de cinq médecins dont trois représentent la profession médicale, un la société Medical Services (Alberta) Incorporated et le dernier, la Canadian Health Insurance Association. Aucun membre du Comité ne représente le gouvernement.

Le Comité de revision agit comme médiateur dans les conflits entre la profession médicale et les assureurs. Il agit aussi comme conseiller auprès des assureurs relativement au paiement des réclamations.

L'administration du paiement des subsides relève de la Division des services médicaux du ministère de la Santé. Cette division est aussi chargée de certaines fonctions administratives relativement aux régimes de soins pour les assistés sociaux.

La profession médicale et les assureurs sont donc, à

(1) Au 31 mars 1965, 37 sociétés d'assurance étaient reconnues aux fins du régime.

toutes fins pratiques, chargés de l'administration du régime, le gouvernement ne conservant que les contrôles essentiels. Toute modification au régime ayant trait à son fonctionnement, à la couverture, au niveau des primes, etc., doit recevoir l'approbation des parties intéressées. Sur recommandation du Comité de révision, le Collège des médecins peut modifier le tarif d'honoraires. Les assureurs ont aussi le pouvoir de modifier leurs taux de primes. Toutefois, le gouvernement conserve le contrôle ultime sur le coût du régime au moyen des limites imposées sur le montant des primes.

CHAMP D'APPLICATION ET COUVERTURE

Toute personne résidant en Alberta depuis plus de trois mois peut, moyennant le paiement d'une prime, s'assurer contre les frais médicaux sans égard à son âge, son sexe, son état de santé et son occupation.

Au 31 juillet 1965, le nombre de personnes assurées en vertu du régime s'élevait à 831,268 (environ 675,000 auprès de Medical Services (Alberta) Inc. et les autres auprès des sociétés privées d'assurance) (1). A la même date, l'on estimait que 157,174 personnes étaient en outre assurées de diverses autres façons contre les frais médicaux auprès des sociétés d'assurance.

Pour obtenir le nombre total de personnes assurées contre les frais médicaux en Alberta, il faut ajouter les fonctionnaires fédéraux, les membres des forces armées, les Indiens, les malades mentaux chroniques, les bénéficiaires d'assistance sociale, etc., soit 161,510 personnes. Par conséquent, parmi la population qui s'élevait à 1,446,000 en janvier 1965 (2), environ 1,150,000 personnes (80%) détenaient une forme quelconque de protection contre les frais médicaux.

Le nombre d'assurés recevant des subsides s'élevait à 192,397 au 31 juillet 1965. A ce sujet, il ne semble pas que l'établissement du régime ait contribué fortement à augmenter le nombre de personnes assurées. En effet, l'on estime que la moitié des personnes recevant des subsides étaient déjà assurées avant l'établissement du régime. Il serait donc possible de conclure que le nombre des nouveaux assurés par suite de l'entrée en vigueur du régime ne s'élève qu'à environ 100,000 alors que l'on estime qu'environ 425,000 personnes sont admissibles au paiement

(1) Les statistiques au sujet du champ d'application du régime et des autres personnes assurées contre les frais médicaux sont celles de la Division des services médicaux du ministère de la Santé de l'Alberta.

(2) Estimation de la population de l'Alberta selon le Bureau fédéral de la statistique.

des subsides (1).

Quant à la couverture du régime, elle comprend de façon générale tous les soins médicaux et les examens diagnostiques lorsque prescrits par un médecin. Il est important de remarquer qu'il n'y a aucun ticket ou frais modérateur.

Depuis l'entrée en vigueur du régime, une seule modification substantielle a été apportée à la couverture. Depuis le 1er août 1965, la radiologie diagnostique et les examens de laboratoire sont couverts uniquement en vertu du régime d'assurance-hospitalisation.

ASPECTS FINANCIERS

Tel qu'indiqué précédemment, le montant de la prime mensuelle pour le contrat type ne peut excéder \$5.25 pour une personne seule, \$10.50 pour une famille de deux personnes et \$13.25 pour une famille de trois personnes ou plus.

La société Medical Services (Alberta) Inc., qui assure environ 80% des personnes couvertes par le régime, charge les mêmes taux de primes pour tous les risques; les montants de ces primes sont quelque peu inférieurs aux montants des primes maximums. En outre, il semble que les autres sociétés d'assurance ont de plus en plus tendance à charger les mêmes taux de primes pour l'ensemble de leurs risques.

TAUX MENSUEL DES PRIMES DE MEDICAL SERVICES (ALBERTA) INC.

	<u>Contrat type</u>
Personne seule	\$ 4.50
Famille de 2 personnes	\$ 9.50
Famille de 3 personnes ou plus	\$12.50

Le montant des subsides a donc été fixé en fonction de ces primes et non en fonction des montants maximums de primes. Pour les personnes qui n'ont aucun revenu imposable, le montant des subsides mensuels s'élève à \$1.50 pour une personne seule, à \$3.50 pour une famille de deux personnes et à \$6.00 pour une famille de trois personnes ou plus. Le subside est égal à 50% de ces montants lorsque l'assuré a gagné un revenu imposable n'excédant pas \$500. au cours de l'année précédente.

(1) P.B. Rose, Directeur de la Division des services médicaux du ministère de la Santé de l'Alberta - The Alberta Medical Plan. Conférence présentée au congrès annuel de la Canadian Public Health Association à Moncton, juin 1964.

Pour faciliter l'administration du régime, l'admissibilité aux subsides est établie en fonction du revenu imposable de l'assuré au cours de l'année précédente. Cette procédure crée certaines difficultés lorsque le revenu de l'assuré cesse ou diminue considérablement car il peut être forcé d'attendre plusieurs mois avant de recevoir un subside. En outre, par suite du caractère confidentiel des déclarations d'impôt sur le revenu, le gouvernement n'a aucun contrôle sur la véracité des renseignements contenus dans les demandes de subsides. Il semble toutefois que le nombre des demandes non justifiées est relativement faible (1).

Le montant total des subsides versés au cours de l'exercice commençant le 31 mars 1964, soit le premier exercice financier complet, s'est élevé à \$2,614,396. Le montant de l'estimation budgétaire pour l'exercice en cours est de \$3,043,000 (2).

Il n'existe pas encore de données statistiques suffisamment complètes pour établir le coût total du régime. Toutefois, le coût par personne assurée auprès de la société Medical Services (Alberta) Inc. s'est élevé en 1964 à \$32.17; ce montant comprend les frais d'administration qui représentent environ 8.4% des primes perçues (3).

Compensation des risques

Tel qu'indiqué précédemment, le mécanisme de compensation financière entre les assureurs est administré par un organisme particulier (Alberta Medical Carriers Incorporated). Tous les assureurs doivent être membres de cet organisme bien qu'ils puissent être exemptés totalement ou partiellement du système de compensation.

Il existe présentement deux formules de compensation financière dont les détails sont très techniques. La première a pour but de répartir l'excédent du coût de l'assurance des personnes âgées de 65 ans et plus parmi l'ensemble des assureurs. Etant donné que la société Medical Services (Alberta) Inc. charge le même taux pour tous les assurés alors que les autres assureurs chargent la prime maximum pour les personnes âgées, la grande majorité de ces personnes sont assurées auprès de MS(A)I. La pre-

- (1) Selon un sondage effectué en 1964 par la Division des services médicaux, moins de 1% des demandes de subsides auraient alors contenu des renseignements inexacts.
- (2) Renseignements obtenus de la Division des services médicaux du ministère de la Santé de l'Alberta.
- (3) W.A. Mennie - Preliminary Report of the Alberta Medical Plan. Canada, Department of National Health and Welfare, Research and Statistics Division, Health Services Section, March 1965. p. 21.

mière formule de compensation permet donc de répartir l'excédent de son coût parmi tous les autres assureurs.

Quant à la seconde formule, elle a pour but de répartir parmi les assureurs l'excédent du coût provenant des risques tarés. La société Medical Services (Alberta) Inc. ne participe pas à ce second système de compensation puisque sa tarification uniforme élimine cette nécessité.

PROFESSION MEDICALE

Le régime facultatif de l'Alberta constitue en quelque sorte une extension du type d'assurance qui était le plus répandu en Alberta avant son établissement. Sauf en ce qui a trait à la participation des médecins à la Commission de coordination et au Comité de revision, le régime n'a changé en rien l'exercice de la médecine.

Les honoraires des médecins leur sont payés directement par les assureurs. Les médecins sous contrat avec Medical Services (Alberta) Inc. reçoivent 90% du tarif d'honoraires du Collège des médecins. Les autres sociétés d'assurance versent 100% de ce tarif.

Les dépassements d'honoraires par entente préalable sont permis. Toutefois, ils semblent très peu fréquents sauf en ce qui a trait aux cas d'obstétrique pour lesquels l'honoraire prévu serait présentement trop bas.

Le Collège des médecins peut modifier le tarif d'honoraires moyennant un avis de 120 jours aux assureurs. L'objectif général visé par le Collège serait de maintenir la position relative des médecins quant à leur revenu par rapport au reste de la population active. Sauf pour quelques actes médicaux particuliers, le tarif d'honoraires respecte le principe du tarif unique, c'est-à-dire que l'omnipraticien et le spécialiste reçoivent la même rémunération pour un même acte médical.

MODIFICATIONS AU REGIME

Selon les renseignements que nous avons obtenus, le gouvernement de l'Alberta a annoncé que deux modifications majeures seraient apportées sous peu au régime.

En premier lieu, l'échelle des subsides serait modifiée de telle sorte que les personnes sans revenu imposable recevraient un subside de 80% et celles dont le revenu imposable est inférieur à \$500. recevraient un subside de 50%. Une troisième catégorie serait ajoutée, soit les personnes dont le revenu imposable varie entre \$500. et \$1,000.; leur subside serait de 25%.

L'addition de cette dernière catégorie augmenterait le nombre des personnes admissibles aux subsides d'environ 45,000.

En second lieu, la loi donne présentement au lieutenant-gouverneur en conseil le pouvoir de conclure des ententes avec les assureurs dans le but d'étendre la couverture du régime et de verser des subsides additionnels à cette fin.

Il semble donc que les résidents de l'Alberta pourront s'assurer contre les frais résultant:

- a) des médicaments prescrits;
- b) des soins oculaires dispensés par les ophtalmologistes et les optométristes;
- c) des soins de physiothérapie prescrits par un médecin et dispensés par un physiothérapeute licencié;
- d) du transport en ambulance.

Le contrat en vertu duquel ces frais seraient assurés comporterait une franchise de \$25. et un élément de coassurance de 20%. En outre, pour être admissible au subside supplémentaire, l'assuré devrait obligatoirement être assuré contre les frais médicaux.

Il semble qu'il y aurait aussi un second contrat qui, en plus de comporter la couverture décrite ci-dessus, permettrait aux résidents de l'Alberta de s'assurer contre les frais des chiropraticiens, des ostéopathes et des naturopathes. Ce contrat comporterait la même franchise, et le même élément de coassurance que le premier contrat et pour être admissibles aux subsides, il serait nécessaire d'être aussi couverts contre les frais médicaux.

Le gouvernement fixerait aussi des maximums pour les montants de primes de ces contrats.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTA. Department of Public Health - The Treatment Services Act. Ch. 146. Edmonton, Queen's Printer, 1965.

ALBERTA. Legislative Assembly - An Act Respecting Alberta Medical Carriers. Assented to March 26, 1964. Ch. 52. Edmonton, Queen's Printer, 1964.

GEORGE, Denis R.J. - The Alberta Plan - The Theory - The Operation - Its Applicability to other Parts of Canada. Address by Denis R.J. George to the Midwinter Conference of Trans-Canada Medical Plans. March 5, 1964. 22p. (document photocopié).

GEORGE, Denis R.J. - Short History of Alberta Medical Plan. 1965, 8p. (document polycopié préparé à l'intention du Comité).

MENNIE, W.A. - Preliminary Report on the Alberta Medical Plan. Canada, Department of National Health and Welfare, Research and Statistics Division, Health Services Section, March 1965. 24p. (document polycopié).

ROSE, P.B. - The Alberta Medical Plan. Canadian Journal of Public Health, Feb. 1965, vol. 56, no 2, pp. 74-76.

ROSS, J. Donovan - Alberta Medical Plan Popular. Saskatchewan Medical Quarterly, June 1964, vol. 28, no 2, pp. 32-33.

CHAPITRE III

CARACTERISTIQUES PARTICULIERES DES REGIMES FACULTATIFS DE LA COLOMBIE BRITANNIQUE ET DE L'ONTARIO

*

* *

Les régimes de la Colombie Britannique et de l'Ontario sont du même type que celui de l'Alberta: la participation au régime est facultative et le gouvernement accorde des subsides destinés à réduire le montant des primes pour les personnes à faible revenu. Nous nous limiterons donc à souligner dans ce chapitre les principales différences dans les modalités des régimes de ces deux provinces par rapport au régime de l'Alberta.

COLOMBIE BRITANNIQUE

Contrairement à l'Alberta, où le gouvernement ne joue aucunement le rôle d'assureur, le gouvernement de la Colombie Britannique a établi sa propre société d'assurance. Cette société a été formée conformément aux lois de la province s'appliquant aux régimes sans but lucratif à commandite médicale et, comme pour les autres régimes de ce type, a reçu l'approbation de la profession médicale. La société est administrée par un conseil formé de six membres, dont trois sont suggérés par la division provinciale de l'Association médicale canadienne et les trois autres, par le Secrétaire de la province. Le lieutenant-gouverneur en conseil les nomme.

Les personnes admissibles aux subsides du gouvernement ne doivent s'assurer qu'auprès de cette société. Les autres sont libres de choisir leur assureur. La société d'assurance gouvernementale charge des primes mensuelles uniformes de \$5.00 pour une personne seule, de \$10.00 pour un couple et de \$12.50 pour une famille de trois personnes ou plus.

Les contrats collectifs ne sont offerts que par les sociétés d'assurance et les sociétés à commandite médicale. Contrairement à l'Alberta, il ne peut donc y avoir de contrat-type collectif en vertu duquel une personne serait admissible au subside. Par conséquent, une personne adhérant à un contrat collectif d'assurance-maladie dans une entreprise ou une association ne peut recevoir de subside du gouvernement.

Les montants mensuels des subsides sont comme suit:

	<u>Aucun revenu imposable</u>	<u>Revenu imposable n'excédant pas \$1,000.</u>
	\$	\$
Personne seule	2.50	1.25
Famille de deux personnes	5.00	2.50
Famille de trois personnes ou plus	6.25	3.13

Le gouvernement s'est en outre engagé à verser dans une caisse spéciale (1) un montant annuel de \$1,000,000. à même les revenus généraux de la province. Cette caisse constitue une réserve de contingence destinée à absorber les fluctuations imprévues dans le coût du régime.

Le tarif d'honoraires est fixé par la division provinciale de l'Association médicale canadienne. Aux fins du régime toutefois, un ajustement automatique du tarif en fonction d'un indice basé sur le niveau des prix et des salaires est prévu. Toutefois, si au cours d'une année l'indice augmente de plus de 2.75%, des procédures de négociation et d'arbitrage sont prévues.

Il existe également un conseil consultatif (Advisory Committee) composé d'au plus cinq membres, nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. La principale fonction de ce conseil est d'agir à titre de conseiller auprès du gouvernement en matière d'assurance-maladie.

ONTARIO

Le régime de l'Ontario qui doit entrer en vigueur le 1er juillet 1966 est analogue à celui de la Colombie Britannique. Il faut noter toutefois que le gouvernement n'a pas établi de société d'assurance et que les personnes qui reçoivent des subsides seront assurées directement par un service du ministère de la Santé.

Les personnes qui ne reçoivent pas de subsides ne pourront s'assurer auprès du gouvernement.

BIBLIOGRAPHIE

GEORGE, Denis R.J. - Comparison of Alberta, British Columbia & Ontario Medical Plans. 2p. (document polycopié préparé à l'intention du Comité).

(1) Medical Grant Stabilization Fund.

Colombie Britannique

BANKS, Peter - The New British Columbia Medical Plan. British Columbia Medical Journal, June 1965, vol. 7, no 6, pp. 234-246.

BRITISH COLUMBIA. Legislative Assembly - An Act Respecting Medical Grants. Assented to 26th March 1965. Ch. 25. Victoria, Queen's Printer, 1965.

Ontario

ONTARIO. Legislative Assembly - An Act Respecting Medical Services Insurance. Toronto, Queen's Printer, 1965. 16p. (3rd Session, 27th Legislature, Bill 136).

- Report of the Medical Services Insurance Committee. Toronto, 1964. 71p.

- Report of the Medical Service Insurance Committee 1964, Ontario. Economic News Letter, March-April 1965.

SAWYER, G. - Assurance Médicale en Ontario. Journal de ACEMI, Feb. 1965, vol. 24, no 1, pp. 30-32.



TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION.....	3
CHAPITRE I: L'ASSURANCE-MALADIE EN SASKATCHEWAN.....	5
- Historique	
- Administration du régime d'assurance-maladie	
- Statut des médecins	
- Financement et coût	
- Champ d'application	
- Soins assurés	
- Bibliographie	
CHAPITRE II: L'ASSURANCE-MALADIE EN ALBERTA.....	25
- Historique	
- Caractéristiques du régime	
- Structures administratives et consultatives	
- Champ d'application et couverture	
- Aspects financiers	
- Profession médicale	
- Modifications au régime	
- Bibliographie	
CHAPITRE III: CARACTERISTIQUES PARTICULIERES DES REGIMES FACULTATIFS DE LA COLOMBIE BRITANNIQUE ET DE L'ONTARIO.....	35
- Colombie Britannique	
- Ontario	
- Bibliographie	





