

Si ces délibérations aboutissent à une conclusion satisfaisante, nous sommes convaincus que les provinces pourront mettre au point de façon plus précise les programmes de services d'hygiène qui non seulement sont efficaces et rentables, mais qui correspondent aussi à leurs priorités respectives. Ces objectifs peuvent et doivent être atteints conformément aux normes actuelles d'hygiène nationale des programmes actuels d'assurance maladie et hospitalisation par rapport à l'ensemble des services assurés, leur universalité, leur accessibilité et leur transférabilité.

Vu la priorité manifestement accordée à la question par les ministres fédéraux et provinciaux directement intéressés, je suis convaincu que les députés souhaiteraient connaître les derniers progrès accomplis afin de comprendre l'importance des délibérations et être en mesure de s'intéresser au résultat éventuel. Les députés récemment élus à la Chambre n'ont peut-être pas eu le temps de se familiariser entièrement avec les questions à l'étude et j'espère que pour eux en particulier mes remarques seront utiles.

Le programme d'assurance hospitalisation et de services diagnostiques, entré en vigueur en 1958, et le programme de soins médicaux amorcé en 1968 représentent ensemble l'essentiel de nos dépenses en matière de service d'hygiène. Ces deux programmes coûtent actuellement environ \$3.5 milliards par an aux deux niveaux supérieurs de gouvernement. Ces dépenses ont été partagées à peu près également entre les deux paliers de gouvernement; cependant la formule à frais partagés prévoit un pourcentage plus élevé de l'aide fédérale en faveur des provinces qui ont les coûts per capita les moins élevés et un pourcentage de moins de 50 p. 100 parfois dans le cas des provinces dont les coûts per capita sont plus élevés que la moyenne nationale.

• (1720)

Il est bon de se rappeler qu'au cours des années 1950, nombre d'hôpitaux avaient de graves difficultés financières et nombre de malades ne pouvaient obtenir les soins nécessaires à cause du manque de ressources. Le programme d'hospitalisation et de soins médicaux entré en vigueur en 1958 et par la suite tous les Canadiens ont pu recevoir les soins médicaux nécessaires d'une qualité acceptable selon la formule des dépenses prépayées. Dans l'ensemble, le régime fonctionne assez bien, il répond aux objectifs qui avaient été fixés à cette époque et la grande majorité des Canadiens reçoit les soins qui lui sont nécessaires sans fardeaux financiers excessifs. Cependant, certains facteurs, comme la complexité accrue des soins hospitaliers résultant des progrès technologiques, l'augmentation du nombre de lits disponibles et une meilleure rémunération du personnel hospitalier, ont contribué à l'escalade relativement rapide chaque année des coûts des soins hospitaliers.

Du fait que le programme n'admet que certains services hospitaliers aux fins du partage des frais, il n'encourage en rien le développement d'autres formules de soins adéquates à meilleur prix pour des patients qui pourraient recevoir d'aussi bons soins sans occuper un coûteux lit d'hôpital pour soins intensifs. Par des dispositions appropriées, point ne serait besoin de renoncer à la qualité des soins actuellement fournis à ces patients. Des études ont

démontré que quelque 30 p. 100 des malades qui occupent des lits d'hôpitaux pourraient être convenablement soignés par d'autres moyens si les services requis étaient offerts sans que les malades eux-mêmes ne soient pénalisés sur le plan financier. Nous avons eu tendance à faire preuve d'une certaine prodigalité en matière d'hospitalisation, particulièrement au titre de l'utilisation de lits d'hôpitaux à coût élevé d'immobilisation. Nous avons par exemple pour les traitements actifs un nombre de lits plus élevé par habitant que celui des États-Unis.

Notre second programme d'assurance-maladie, le programme de soins médicaux, lancé en 1968, se fondait principalement sur les conclusions et les recommandations de la Commission royale d'enquête sur les services de santé, le rapport Hall, qui avait été présenté en 1964. Cette Commission, nommée en 1961, avait entrepris un travail d'évaluation détaillé et très poussé des services médicaux au Canada. Dans le rapport qu'elle avait présenté en 1964, elle avait conclu que, bien que près de 60 p. 100 des Canadiens étaient d'une manière ou d'une autre assurés au chapitre des soins médicaux, 30 p. 100 environ de ce nombre l'étaient très mal. Le régime d'assurance-maladie avait donc été institué pour résoudre ce problème.

Le fait que le financement fédéral-provincial de ces programmes soit illimité constitue maintenant une grande source de préoccupation. Les services de santé dont peut bénéficier l'assuré sont illimités dans la mesure où leur nécessité est médicalement établie. Il s'agit d'une disposition juste et équitable. Cependant, aucun programme n'est suffisamment souple pour que les provinces puissent mettre au point des solutions de rechange et des types de soins médicaux moins coûteux qui puissent correspondre aux priorités et aux besoins ressentis par les gouvernements provinciaux. La nature des formules de partage actuelles est telle que les provinces n'obtiennent le partage que pour certains services bien précis et elles ne peuvent diminuer les frais et fournir des services moins coûteux, faute de motivation suffisante.

Le contrôle de l'escalade du coût de nos deux principaux programmes nationaux d'assurance-maladie est devenu l'une des priorités principales de tous les paliers de gouvernement. Au cours des trois dernières années financières complètes, le taux annuel combiné d'accroissement du coût des deux programmes a atteint une moyenne d'environ 13 p. 100. Ce taux d'accroissement dépasse de loin celui de notre produit national brut. La rapidité de l'escalade doit être réduite pour des raisons évidentes. Nous devons prendre des mesures afin de veiller à ce que chaque dollar dépensé pour les soins médicaux nous donne les meilleures prestations possibles.

Les ministres fédéral et provinciaux de la santé s'intéressent grandement depuis quelque temps à l'étude de voies et moyens pour résoudre ces problèmes. Par exemple, en novembre 1968, on a nommé un comité fédéral-provincial sur le coût des services de santé pour recommander des mesures afin de restreindre les coûts sans toutefois diminuer la qualité des soins. Le rapport de ce comité et de ses sept équipes de travail a été présenté à la conférence des ministres de la santé en novembre 1969. La plupart des domaines où des améliorations pouvaient être faites naturellement relèvent de la compétence provinciale en ce qui concerne leur mise en vigueur.