

## [Text]

that cash transfer is not fully indexed to inflation, the federal proportion is declining. This bill, because it freezes that transfer for two years and then, consequently, de-indexes it even further so that it is even less tied to inflation, will accelerate that rate of decline such that by the year 2004 there will be no federal cash going to the provinces for medical care at all. Indeed, in some provinces it will be much sooner than that.

In our view, that means the federal government is losing and will have lost entirely, the power of the purse to enforce the Canada Health Act and its important principles such as portability—which I mentioned—accessability to services and universality because, as soon as a province is not under the discipline, if you like, of the Canada Health Act, we immediately see that user fees will be introduced, that overbilling could start again and that other disincentives, for example, the comprehensiveness which is the fifth principle of the Canada Health Act, would begin to be eroded.

The outcome will be ten separate systems in Canada, with the two territories coming in a rather poor eleventh and twelfth. That brings us much closer to the American system of medical care where the incidence of illness is totally unrelated to one's income, of course, but what one can do about that illness is related much more to the ability to pay than is the case in Canada.

Another thing that concerns us is the way in which Bill C-69 is presented as a measure for expenditure reduction necessitated because of the deficit. The fact of the matter is that total expenditures on health care in Canada amount to just over 8 per cent of the Gross Domestic Product. In terms of public expenditures, which is really what we are primarily concerned with here, it is slightly over 6 per cent. If we look at, for example, the United States, their expenditures on health care are in the neighbourhood of 11 per cent. We are at the level of France in the application of our total national wealth, both public and private, to medical care.

That has increased since 1975 by just under 1 per cent. So we have not had an explosion of expenditure of our national wealth on medical care. The crisis we have in medical care is the erosion of the partnership, not so much the crisis of public expenditure on medical care.

Finally, I should like to point out that the impact of Bill C-69 on the potential of the provinces to plan for more efficient and more effective expenditures on health care within the provinces is impeded by the gradual pulling back of the federal government in this area.

There is no question that there are problems in the provision of health services. We can see that with the closing of hospital beds and the shortages of nurses. Those are some of the symptoms that reflect that problem for the provinces. The actual accessability is compromised by the fact that often the services cannot be provided, even though the principle of accessability is still intact.

## [Traduction]

établis. Malheureusement, comme ce transfert en espèces n'est pas pleinement indexé, la proportion de la contribution fédérale diminue. En gelant ce transfert pour une période de deux ans, ce projet de loi aggrave encore la désindexation, si bien que la baisse de contribution du fédéral va s'aggraver et, d'ici l'an 2004, le fédéral ne versera plus de liquidités aux provinces à des fins médicales. En fait, dans certaines provinces, cela se produira bien plus tôt.

À notre avis, le gouvernement fédéral ne pourra plus contrôler l'application de la Loi canadienne sur la santé du fait qu'il ne contrôlera plus les cordons de la bourse. En même temps, d'autres principes importants vont disparaître, la transférabilité dont j'ai parlé, l'accès aux services et l'universalité. En effet, dès qu'une province échappe à la discipline, si l'on veut, imposée par la Loi canadienne sur la santé, elle réintroduit les frais d'utilisation, les honoraires supplémentaires, et l'on voit disparaître également d'autres principes, comme celui des soins exhaustifs qui est le cinquième grand principe de la Loi canadienne sur la santé.

En fin de compte, nous finirons par avoir 10 systèmes distincts au Canada, sans compter les deux territoires qui viendront loin derrière. Et cela nous rapproche du système de santé des États-Unis où, bien sûr, la maladie n'est pas fonction de la richesse, mais où, par contre, les soins de santé sont beaucoup plus fonction des moyens de chacun qu'au Canada.

Nous n'aimons pas non plus le fait qu'on annonce le projet de loi C-69 comme une mesure nécessaire destinée à réduire le déficit. En fait, au Canada, le total des dépenses dans le domaine de la santé s'élève à tout juste un peu plus de 8 p. 100 du produit intérieur brut. Si l'on considère les dépenses publiques, et c'est ce qui nous intéresse, cela représente un peu plus de 6 p. 100. Si nous comparons cette situation à celle des États-Unis, là-bas, les dépenses dans le domaine de la santé représentent environ 11 p. 100. Nous sommes à peu près au niveau de la France en ce qui concerne la proportion de notre richesses nationale totale, publique et privée, consacrée à la santé.

Depuis 1975, cette proportion a augmenté d'un peu moins de 1 p. 100. Autrement dit, c'est loin d'être une explosion des dépenses dans le secteur médical. La crise ne se situe pas au niveau des dépenses publiques, mais elle tient à une érosion de l'association fédérale-provinciale sur laquelle le système est fondé.

Enfin, comme le gouvernement fédéral se retire progressivement de ce secteur, le projet de loi C-69 ne réussira pas à favoriser une planification plus efficace des dépenses de santé dans les provinces.

On ne peut nier que le secteur de la santé se heurte à certains problèmes. La disparation de lits d'hôpitaux, la pénurie d'infirmières sont autant de symptômes des problèmes qui existent dans les provinces. Le principe de l'accès souffre du fait que les services ne sont pas disponibles même si, officiellement, le principe existe toujours.