

[Text]

• 1140

I discussed that with Mr. Pierre-Marc Johnston when I met him on January 20, I think it was, when he was back in Canada, and we agreed that our officials would meet. No date has been confirmed, but that will take place as for the other provinces.

One thing I have to add for the members of the committee, Mr. Chairman, is that we are not going at it by types of institutions, not to put any undue burden on the provinces. For example, a province . . . I think Nova Scotia, it is fair to say, has lots of acute care beds, and has decided by choice to transfer some of them to either chronic care patients, in the sense that they cannot have user fees imposed, or chronic care for life, like a nursing home, and then a part of the hospital turns into a nursing home, or x beds in a hospital turn into a real nursing home. Those, it is understood, will be charged user fees, over-charges, because they live there forever. I am sorry to deplore it, but that is the way it was always done in the system, and it is then considered—it is a *taxe hôtelière*, as the French would say.

So we did not want to go at it by types of institutions. The concept we propose of medical necessity, meaning no user fee, would apply to every patient, wherever they are, in whatever kind of institution, which means in the case of Quebec *hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, centres d'accueil, autres institutions*. We have to assess that. We do not know, in particular in Quebec, what the situation of user fees is for so-called chronic care patients.

Nor did we, by the way, Mr. Chairman, go at it by the number of days, such as 90 days . . . after 90 days provinces can charge user fees or after 120 days provinces could charge user fees—because it is unfair for some situations of convalescence, as Mr. Allmand said, such as stroke or burning, *des grands brûlés*. An older person who breaks a hip will need more than 90 days, but will be able to go back home. By the way, that is the trend in hospitals now: instead of a passive attitude, to have as active as possible an attitude to give attempts to seniors really to be rehabilitated and go back home. In cases like that, we would not permit user fees.

Mr. Allmand: That was a long answer. In any case, it is a very complicated question. But I still do not know whether in Quebec—and maybe the Minister does not know at this point either—whether people who require what I consider to be medical care for chronic sickness illnesses will be charged the high user fees in what I consider to be almost hovels in some cases, they are so bad. They are very poor facilities. Sometimes they buy out small flats or homes and put a whole lot of people in there. They have nurses there and so on, and doctors come.

By the way, you say they could go home. Some of them cannot go home, with broken hips and so on, because the remaining spouse may be in the hospital herself, or too old to

[Translation]

J'en ai parlé avec M. Pierre-Marc Johnson lorsque je l'ai rencontré le 20 janvier, à son retour au Canada, et nous avons décidé une réunion de nos fonctionnaires. Aucune date n'a encore été arrêtée mais une telle réunion aura lieu comme avec les fonctionnaires des autres provinces.

J'ajouterai, à l'intention des membres du Comité, que notre démarche ne se fonde pas sur le type d'établissement, afin d'éviter de pénaliser certaines provinces. Par exemple, la Nouvelle-Écosse possède de nombreux lits pour les maladies aiguës et a choisi d'en réserver un certain nombre à des malades chroniques ou même de convertir une partie de l'hôpital en maison de repos. Les usagers de ces derniers lits payeront alors des frais modérateurs car ils les occuperont à titre permanent. Cela s'est toujours fait et correspond en quelque sorte à une taxe hôtelière, comme on dit en français.

Nous n'envisageons donc pas de catégoriser les établissements. Le concept de nécessité médicale que nous proposons et qui n'entraînerait pas de frais modérateurs, s'appliquerait à tous les patients, quel que soit l'établissement qui les admet, qu'il s'agisse d'hôpitaux généraux, d'hôpitaux psychiatriques, de centres d'accueil ou d'autres établissements pour reprendre la classification du Québec. Il faudra examiner tous ces cas particuliers et nous ne savons pas, notamment dans le cas du Québec, quelle est la situation des malades chroniques sur le plan des frais modérateurs.

Nous n'avons pas retenu non plus comme critère le nombre de jours d'hospitalisation, qui voudrait qu'après 90 ou 120 jours d'hospitalisation, les provinces pourraient percevoir des frais modérateurs car cela serait injuste dans certains cas de convalescence, notamment le cas des victimes d'attaques d'apoplexie ou de grands brûlés, etc. Un vieillard qui se fracture la hanche devra être hospitalisé plus de 90 jours mais finira par rentrer chez lui. D'ailleurs, c'est la tendance suivie par les hôpitaux maintenant, de dispenser un traitement aussi actif que possible pour que les vieillards se remettent sur pied et rentrent chez eux. Dans les cas de cette sorte, nous n'autoriserons pas les frais modérateurs.

M. Allmand: C'est une réponse très longue que vous avez donnée mais le problème est extrêmement complexe. Mais je ne sais toujours pas si au Québec—et peut-être le ministre ne le sait-il pas non plus—les patients qui ont besoin de soins médicaux pour des maladies chroniques devront payer ces énormes factures pour des séjours dans ce que l'on pourrait pratiquement qualifier de taudis. Les conditions y sont parfois déplorables, il s'agit souvent de petits appartements ou de petites maisons transformées où l'on héberge un grand nombre de vieillards et où l'on fait venir des infirmières et des médecins.

D'ailleurs, vous dites que ces vieillards pourraient souvent rentrer chez eux. Ils ne le peuvent pas toujours après une fracture de la hanche parce que le conjoint est lui-même à