

*Assurance-santé—Loi*

d'hôpitaux supplémentaires, mais comme tous les lits disponibles dans les hôpitaux de la ville sont répertoriés sur ordinateur, il n'est pas vraiment difficile de trouver des lits pour les cas d'urgence. Pour la chirurgie facultative, il faut attendre quelques jours. Pour les cas non urgents, la période d'attente est de 30 à 45 jours, en moyenne. Ce sont des chiffres approximatifs et non précis.

Toujours dans la région de Hamilton, les hôpitaux ferment périodiquement un certain nombre de lits, au total 130. Ces fermetures se font chaque été et pendant les congés de Noël, mais les lits sont rétablis le restant de l'année. Ces fermetures temporaires sont faites pour des raisons budgétaires. Il faut attendre plus longtemps pour obtenir des lits au service de cardiologie, pour des raisons diverses. Ce n'est pas tellement à cause d'une pénurie de lits, mais parce qu'on en manque pour les soins intensifs et les services diagnostiques.

En ce qui concerne le financement des hôpitaux de Hamilton, en Ontario, cette province n'a eu aucune difficulté à couvrir ses déficits d'exploitation jusqu'à environ trois ans. Depuis, de nombreux hôpitaux ont dû faire leurs frais par leurs propres moyens.

Le manque de fonds pour financer l'achat de nouveau matériel médical, la rénovation et le remplacement des immeubles a causé un sérieux problème. En Ontario, les hôpitaux ont été autorisés à conserver leurs excédents et à utiliser les sommes provenant, par exemple, des boutiques de cadeaux et des campagnes de financement locales, ce qui a légèrement amélioré la situation, mais tous les services hospitaliers manquent quand même de capitaux d'immobilisation et sont donc obligés de réduire leur budget. J'ai décrit ce qui se passe dans une région, celle de Hamilton, région urbaine où il y a un programme d'enseignement universitaire associé aux hôpitaux communautaires. Cela ne saurait certainement pas donner une vue d'ensemble des besoins des hôpitaux communautaires des petites localités ou d'autres régions du pays comme les Maritimes ou le Yukon.

Lorsqu'on évalue les besoins du système de santé, il ne faut pas oublier qu'au Canada, nous n'avons pas un régime d'assurance-maladie unique. Il y en a dix. Chaque province a des problèmes particuliers et sa façon bien à elle de veiller à ce que les services de santé soient assurés de façon satisfaisante.

Le système de santé du Canada est considéré comme un des meilleurs au monde. Je n'exagère pas. Nous le devons dans une large mesure à la compétence administrative des deux niveaux de gouvernement, mais surtout aux professionnels de la santé.

Il est devenu extrêmement complexe et difficile au cours des 10 ou 15 dernières années de fournir des soins. En effet, les connaissances médicales s'étant grandement élargies et l'utilisation de matériel et de techniques de pointe se généralisant de plus en plus, on a eu besoin d'un nombre toujours croissant de spécialistes du domaine médical pour appliquer ces nouvelles techniques.

Aux professionnels de la santé traditionnels sont venus s'ajouter les paramédicaux, les techniciens en réanimation, les aide-infirmiers, les auristes, les orthophonistes, les travailleurs sociaux et le reste. Chaque spécialité et chaque sous-spécialité ont leur propre équipe de techniciens. Il s'en est suivi une amélioration des soins médicaux, mais également une augmentation des frais reliés aux salaires et à l'achat de matériel médical.

En outre, la population a commencé à confondre le rôle des différents professionnels de la santé. De nombreux malades ignorent la formation de beaucoup de ces professionnels et ne comprennent pas la limite de leurs compétences. Il existe certaines incertitudes sur la façon d'interpréter les diverses opinions reçues, certaines étant contradictoires. De nombreux malades ne sont pas prêts à se fier à l'infirmier, au psychologue ou au physiothérapeute seulement et cela a entraîné une certaine frustration face à notre régime de soins médicaux.

Pourquoi certains secteurs de la profession médicale sont-ils réticents face à l'assurance-maladie? Un médecin, quelle que soit sa spécialité, a toujours traité directement avec le malade. De cette façon, il était libre de poser un diagnostic et de suggérer les remèdes qu'il croyait nécessaires. Le malade, pour sa part, pouvait le choisir en fonction d'une consultation précédente ou sur la recommandation d'un autre malade satisfait. Plus récemment, cependant, un troisième intervenant—le gouvernement—est entré en jeu et a dérangé cette relation bilatérale.

Puisque c'est le gouvernement qui tient les cordons de la bourse, les médecins ont de plus en plus peur de subir une réduction de leur autonomie et de se voir retirer la liberté de pratiquer selon leur conscience. C'est là la principale plainte de nombreux médecins, au Canada. Ils s'offusquent de toute intervention dans le domaine des honoraires, car ils jugent avoir le droit de décider à cet égard. Cependant, je tiens à signaler que la très grande majorité des médecins respectent les honoraires sur lesquels leurs représentants se sont entendus avec les gouvernements provinciaux et ils sont satisfaits du régime d'assurance-maladie, car il leur a au moins facilité le recouvrement d'honoraires dus et il a contribué à l'amélioration des services dans de nombreux hôpitaux.

Certains ont dit craindre que le jour vienne où ce sera l'État qui dictera au médecin les règles de sa profession, s'il faut que tous les médecins soient embrigadés dans les programmes publics, qu'ils risquent de devoir se plier aux impératifs financiers de l'État plutôt que de répondre aux besoins de chacun de leurs malades en particulier. Il pourrait par exemple être décrété qu'il n'y aura plus de transplantation renale pour les personnes de plus de 60 ans, du fait que ces transplantations ne rapporteraient pas suffisamment pour ce qu'elles coûtent.

J'exagère, bien sûr, mais notre siècle a été témoin de diktats horribles imposés par l'État à des praticiens. Cet argument-là a été invoqué par ceux qui demandaient la faculté pour les médecins de sortir du régime d'assurance-maladie. Il vaut peut-être en faveur de cette faculté, considérée comme une soupape de sécurité pour les médecins, mais il ne tient pas quant il s'agit du complément d'honoraires.

Beaucoup de citoyens ne comprennent pas que 2 p. 100 seulement des revenus des médecins viennent de la surfacturation, contre 98 p. 100 fournis par l'assurance-maladie. Cependant, il subsiste un problème, tant pour les malades qui ne veulent pas verser de complément d'honoraires que pour beaucoup de médecins qui se sentent menacés par les tarifs obligatoires. Certains médecins estiment même avoir le droit fondamental de fixer le montant des honoraires qui correspondent au service rendu au malade, et que ce droit ressortit à la Charte des droits et libertés.