

*[Text]*

Our chronic care and extended care co-payments, for example, are based on the recognition that for most people long-term care represents a change in the individual's place of residence. Substantial federal and provincial government assistance is provided to the elderly to maintain their residence in the community.

Upon entry into long-term institutional care, when expenses of community living cease, we feel it is appropriate to impose a charge that recovers some of that government support.

This avoids what in effect would be a double subsidy—a pension which is intended to assist with living costs in the community along with the provision of shelter and food at no charge in an institution.

In extra-billing as well, we believe the provincial government should be the principal arbiter.

Since the beginning of medicare, physicians in Ontario have had the right to opt out of the provincial health insurance plan and bill their patients directly, provided this does not deter patients from seeking and obtaining necessary medical care.

We accept that this option is an important one even to those physicians who participate in the plan, and that for many it is a symbolic right and principle.

The health care services of doctors are crucial to the successful operation and function of our health care system. I believe we must therefore be sensitive to their concerns and prepared to listen and to negotiate in good faith on those matters relating to the practice of their profession.

I would also point out that the proportion of opted-out physicians in Ontario has been steadily declining over the past few years, from a peak of 18% in March of 1979 to 14.3% in January of 1984.

Ontario also has in place a system whereby opted-out physicians may bill OHIP directly through registered groups. These physicians' associations accept the level of OHIP payment as payment in full for services provided in public hospitals, nursing homes and other institutional settings.

As a result, less than 6% of the total claims processed by OHIP cover services performed on an opted-out basis. That is not the same as extra-billing; those are opted-out procedures. Even fewer are extra-billed. I believe these overall levels are compatible with the commitment to a universal and accessible system.

The political reality is that the right of the physician to opt out of medicare can be sustained only in the context of visible and guaranteed access to all health care services at OHIP rates in every part of the province. The doctor's freedom to

*[Translation]*

La quote-part pour les soins aux malades chroniques et les soins prolongés, par exemple, repose sur le fait que, pour la plupart des malades, les soins prolongés impliquent le placement dans une institution. Les gouvernements fédéral et provincial accordent une aide substantielle aux personnes âgées pour leur permettre de rester dans la collectivité.

A partir du moment où un malade entre dans une institution où l'on offre des soins prolongés, il n'a plus à subvenir à ses besoins dans la collectivité et nous estimons qu'il est normal d'exiger un montant qui permette de recouvrer une partie de l'aide consentie par le gouvernement.

On évite ainsi une double subvention: d'une part, une pension qui a pour objet d'aider le malade à subvenir à ses besoins dans la collectivité et, d'autre part, la nourriture et l'hébergement sans frais dans une institution.

Pour ce qui est de la surfacturation, nous estimons là aussi que c'est le gouvernement provincial qui doit être l'arbitre principal.

Les médecins de l'Ontario ont toujours eu le droit de ne pas participer au régime d'assurance-maladie de l'Ontario et de facturer directement leurs patients—dans la mesure où cette situation n'empêche pas ces derniers d'obtenir les soins médicaux dont ils ont besoin.

Nous reconnaissons l'importance de cette option, même pour les médecins qui participent au régime, et, pour de nombreux médecins, il s'agit là d'un principe et d'un droit symbolique.

Les médecins jouent un rôle primordial dans le fonctionnement de notre système de soins médicaux. J'estime donc que nous devons être sensibles à leurs préoccupations et être prêts à les écouter, et à négocier en toute bonne foi les questions touchant l'exercice de leur profession.

J'aimerais signaler que le pourcentage de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-maladie de l'Ontario n'a cessé de décroître depuis quelques années; il est passé en effet d'un maximum de 18 p. 100 en mars 1979 à 14.3 p. 100 en janvier 1984.

Il existe, en Ontario, un mécanisme qui permet aux médecins qui ne participent pas au régime de facturer ce dernier directement par l'entremise de groupes inscrits. Ces associations de médecins acceptent des honoraires selon le barème de l'OHIP en règlement intégral de leurs notes pour des services prodigués dans des hôpitaux, des foyers et d'autres institutions publiques.

Il s'ensuit que moins de 6 p. 100 des demandes de règlement qui sont envoyées à l'OHIP ont trait à des services fournis dans des conditions de non-participation. Ce n'est pas la même chose que la surfacturation; il s'agit de médecins qui ne participent plus au régime. Et la surfacturation est encore moins fréquente. À mon avis, ces chiffres ne remettent pas en question notre engagement quant à un système universel et accessible.

La réalité politique veut que le droit du médecin de ne pas participer au régime ne peut être maintenu que si la population est assurée du fait qu'elle peut avoir accès aux services de santé aux tarifs de l'OHIP partout dans la province. Autre-