

données définitives pour 1975-1976, celles dont nous disposons semblent correspondre aux résultats des années précédentes. Au cours de cette période, le principal facteur qui a influé sur la hausse des frais par habitant des services de médecins a été l'augmentation du nombre de médecins par groupe de 1,000 malades: il s'est accru presque deux fois plus vite que les honoraires et trois fois plus que le taux de croissance démographique ou la croissance normale d'utilisation par habitant des services de médecins.

Il y a un an, à la demande et avec la collaboration des provinces, le gouvernement fédéral a mis un frein à l'immigration jusque-là totalement libre de médecins étrangers, en n'accordant aucun point à un médecin, en tant que tel, et en exigeant qu'à l'instar de tout autre groupe professionnel, ils donnent la preuve d'une offre d'emploi ferme, ou d'une autre proposition, de la province où ils envisagent de s'établir. Cette mesure a donné aux provinces toute latitude pour déterminer le nombre et le genre de médecins qu'elles sont prêtes à accepter de l'étranger ainsi que les localités où ils peuvent exercer. On ne nuit sûrement pas à la collaboration entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux en laissant à ceux-ci presque tout le contrôle de la formation des médecins dans leur territoire respectif.

Le nombre de médecins qui ont immigré dans notre pays a sensiblement diminué au cours du deuxième semestre de 1975 et, sans aucun doute, cette tendance persistera au cours des années à venir même si chaque province est libre d'en favoriser la venue si elle en a besoin. Cette baisse sensible de l'immigration des médecins qui, à certains moments depuis l'entrée en vigueur du régime d'assurance-maladie, représentaient plus de la moitié du nombre des nouveaux médecins au Canada, devrait ralentir dans une large mesure le rythme de la hausse des honoraires des médecins. En outre, et comme le plafonnement projeté ne viendra pas à l'encontre des tendances réelles des dernières années alors que la contribution fédérale était sans limite, ces plafonds ne devraient pas occasionner de graves problèmes aux provinces en ce qui concerne le paiement des honoraires des médecins. Cela est d'autant plus vrai depuis l'entrée en vigueur du programme fédéral de lutte contre l'inflation qui non seulement freine indirectement le rythme de hausse des honoraires et autres formes de rémunération des médecins, mais devrait également ralentir d'une part la montée des frais généraux et d'autre part les frais des services aux malades, lesquels font l'objet d'ententes salariales.

Certains craignent que les plafonds projetés ne réduisent la qualité des soins médicaux mais je ne vois pas pourquoi une telle chose se produirait. En fait, les plafonds proposés ne sont pas aussi irréalistes que certains critiques l'ont soutenu, puisque le taux d'augmentation autorisé pour les exercices financiers allant de 1976-1977 à 1977-1978, dépasse même le taux réel d'augmentation de 1971-1972 à 1974-1975. Les barèmes prévus permettront même de maintenir la qualité actuelle des soins médicaux tout en autorisant une hausse raisonnable des revenus des médecins.

Je rappellerai aux députés d'en face que la réduction de l'aide fédérale aux provinces au cours de la première année d'application des plafonds que propose le bill C-68, sera inférieure à 2 p. 100 des estimations que les provinces avaient soumises avant l'entrée en vigueur du programme anti-inflation et il se peut qu'elle soit même inférieure à ce pourcentage. Il se peut bien, après tout, que la participation fédérale représente encore 50 p. 100 des frais du programme. De toute façon beaucoup de représentants de l'opposition ont adopté une position fort paradoxale. Loin

Loi sur les soins médicaux

de demander que l'État fédéral modère le coût des prestations médicales, et indirectement des services hospitaliers, ils voudraient qu'il fonce tête baissée dans le partage de toutes les dépenses de santé faites actuellement par les provinces. Cela est d'autant plus saugrenu qu'on s'acharne à réclamer des compressions budgétaires, qu'on promet d'alléger le budget de milliards ici et de milliards là. Or nous savons tous qu'en ce domaine il est impossible de réduire les dépenses au-delà d'un certain point, qui est le point de non-retour. Nous avons beau nous efforcer de donner à la Chambre un certain degré de contrôle, la possibilité de prévoir dans une certaine mesure les dépenses éventuelles, l'opposition s'acharne à réclamer que nous foncions tête baissée.

Pris au pied de la lettre, cela voudrait dire que l'assemblée législative de chaque province aurait la possibilité d'imposer des dépenses aux contribuables de toutes les autres provinces. L'État fédéral se verrait automatiquement obligé de participer à toutes les dépenses de santé que chacune des provinces aurait décidées. Et cela, même dans le cas où les dépenses d'une province lui seraient tout à fait particulières. Même si son programme ne concordait absolument pas avec ceux des autres provinces. Même s'il n'était pas accessible à tous les résidents aux mêmes conditions. Même si son financement était assuré par des assurances du secteur privé, avec des exclusions, des franchises et toutes sortes d'autres cas de non-couverture.

Il est admis par tout le monde que seules les Communes ont le pouvoir d'imposer des taxes et impôts à tous les Canadiens, de fixer les conditions de recouvrement des taxes dues par tous les Canadiens. S'il fallait en croire l'opposition, il faudrait d'abord créer un programme d'une ampleur absolument imprévisible et soumis à des conditions non définies, et ensuite rassembler en un tout myriade de pièces disparates, sans aucune garantie de portabilité, d'interchangeabilité, d'accessibilité ou d'échange de coûts, qui sont les conditions *sine qua non* d'un accord fédéral-provincial raisonnable de partage des frais. Quand à nous, nous proposons une extension de couverture raisonnée, à partir des lois existantes d'assurance-santé qui garantissent dans les domaines qui ont déjà été déterminés l'universalité d'accès, la généralité de la couverture, la portabilité ainsi que la gestion sans but lucratif. Le gouvernement a déjà eu de nombreux entretiens avec les provinces, pour déterminer les domaines sur lesquels il a été possible de dégager un consensus à peu près général.

L'élargissement de la couverture dans ces domaines ne manquera pas de conserver au programme son caractère réellement national, caractère absolument indispensable à une population douée d'une certaine mobilité. Ce qu'il faut, c'est que les gouvernements provinciaux prennent l'engagement ferme de ne pas dépasser au chapitre des prestations hospitalières, médicales et autres les plafonds indicatifs qu'ils ont communiqués aux services du ministère lors des entretiens qui ont lieu depuis un an. Grâce à ces engagements, l'administration fédérale peut prévoir dans une large mesure le gros de ses obligations. Il en va de même pour les provinces, dont les coûts sont directement ou indirectement fonction des dépenses effectuées par chacune des autres provinces. Pour que subsiste la collaboration fédérale-provinciale si indispensable dans le domaine des prestations de santé, il faut plus que de belles paroles. Il faut que de part et d'autre on s'entende et on s'accorde sur la voie à suivre. Cela n'a pas toujours été le cas dans le passé et je soutiens que les gouvernements provinciaux sont responsables de bien des erreurs qui ont été commises.