

*Initiatives ministérielles*

augmenter, mais pas au rythme de la croissance du produit national brut.

En 1987, le gouvernement a présenté un nouveau budget ainsi que le projet de loi C-44. Il prolongeait alors les arrangements fiscaux sur le financement des programmes établis jusqu'au 31 mars 1992, mais en maintenant l'indexation au-dessous de la croissance du PNB. En 1989, le projet de loi C-33 prévoyait qu'à partir de 1991, l'indexation du financement des programmes établis serait réduite de 1 p. 100 supplémentaire, soit le taux de croissance du PNB moins 3 p. 100.

À ce moment, le gouvernement croyait réaliser des économies de centaines de millions de dollars. Le projet de loi C-69 découlait du budget de 1990. Je suis beaucoup plus familière avec les dispositions de ce projet de loi parce que j'ai participé activement au débat s'y rapportant. Les paiements de transfert au chapitre de l'enseignement postsecondaire et des soins de santé ont été limités au taux d'accroissement du PNB moins trois points de pourcentage. Et la tendance s'est maintenue. Dans le projet de loi C-69, il n'était pas question du RAPC. Il y a déjà eu prolongation du plafonnement cette année. En vertu du projet de loi sur le Régime d'assistance publique du Canada, l'Alberta, l'Ontario et la Colombie-Britannique n'ont bénéficié que de hausses limitées. En dépit du haut pourcentage d'assistés sociaux dans ces provinces et du taux de chômage qui y a augmenté beaucoup plus rapidement que dans d'autres provinces, les paiements de transfert en vertu du RAPC ont été plafonnés. Année après année, le gouvernement s'en prend aux paiements de transfert.

• (1230)

Toutes ces compressions et tous ces gels se traduisent par des pertes de milliards de dollars pour les provinces. Nous pouvons le constater dans le système de santé. Il est vrai que ce système coûte cher, mais nous en retirons toujours le maximum pour notre argent. Si nous comparons le rendement de notre système de santé à celui des États-Unis, nous constatons que nous en retirons beaucoup plus pour notre argent.

Il n'y a aucun doute dans mon esprit qu'il faut apporter des changements à certains programmes, mais peut-être devrions-nous mettre l'accent sur d'autres secteurs de notre système de santé que ceux sur lesquels nous insistons présentement.

La réduction des transferts dans ce domaine n'a pas contribué à une meilleure gestion de notre système de santé. Elle n'a contribué qu'aux compressions et au développement du sentiment de crainte qui se répand maintenant chez les gens à revenu moyen de tout le pays, qui représentent la plus grande tranche de la population. Ils vivent dans la peur de ce qui leur arrivera dans l'avenir. Existera-t-il un système de santé pour eux? Pourront-ils obtenir les médicaments dont ils auront besoin à des prix abordables lorsque viendra le moment opportun, c'est-à-dire lorsqu'ils atteindront un certain âge? Ils ont l'impression que le gouvernement fédéral se dérobe peut-être devant ses responsabilités en ce domaine.

Lorsque nous avons vu que le Québec était prêt à mettre en place un ticket modérateur, nous avons compris qu'en permettant au gouvernement fédéral de transférer de moins en moins d'argent aux provinces dans ce secteur, on transférerait aussi l'autorité que nous avons en notre qualité de gouvernement national. Une telle situation signifierait que, dans certaines régions du pays, les soins de santé seraient peut-être meilleurs qu'ailleurs.

J'ai toujours eu l'impression que l'idée à la base de bon nombre de nos programmes était l'égalité des programmes, l'égalité des soins pour les gens où qu'ils soient au pays, et non un système qui permettrait à une province plus riche d'investir plus que les autres dans un domaine en particulier. Je crois qu'une telle situation serait totalement injuste. Il faut prendre grand soin de préserver l'un des meilleurs systèmes universels de soins de santé au monde.

Durant les élections de 1984, le 18 août 1984, Brian Mulroney a déclaré que l'universalité des programmes sociaux était un dépôt sacré et qu'il ne fallait pas y toucher. À mon avis, lorsqu'il parlait de programmes sociaux universels, il faisait surtout référence à l'assurance-maladie qui est un programme social et qui est universel. De nombreuses personnes voudraient peut-être maintenant nous faire croire que celui qui a les moyens de le faire devrait payer pour ses soins de santé.

À première vue, cette solution peut sembler être la bonne. Toutefois, un tel changement représenterait le début de la fin de ce que nous connaissons maintenant. Je ne crois pas que les soins de santé devraient être fonction de l'épaisseur du porte-monnaie du bénéficiaire. Je crois qu'on devrait recevoir des soins d'après son état de santé. Par conséquent, si une personne très pauvre est gravement malade et sur le point de mourir, elle devrait être