



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, March 13, 2002 (*in camera*)
Wednesday, April 17, 2002 (*in camera*)
Wednesday, April 24, 2002

Issue No. 50

Forty-seventh and forty-eighth meetings on:

The state of the health care system in Canada

and

First meeting on:

Examination of the document entitled "Santé en français
— Pour un meilleur accès à des services de santé
en français"

WITNESS:
(See back cover)

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 13 mars 2002 (à huis clos)
Le mercredi 17 avril 2002 (à huis clos)
Le mercredi 24 avril 2002

Fascicule n° 50

Quarante-septième et quarante-huitième réunions concernant:

L'état du système de soins de santé au Canada

et

Première réunion concernant:

L'examen du document intitulé «Santé en français — Pour
un meilleur accès à des services de santé en français»

TÉMOIN:
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*
The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Fairbairn substituted for that of the Honourable Senator Christensen (*April 18, 2002*).

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Léger (*April 18, 2002*).

The name of the Honourable Senator Léger substituted for that of the Honourable Senator Pépin (*April 16, 2002*).

The name of the Honourable Senator Christensen substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn (*April 16, 2002*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby
Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton
et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn substitué à celui de l'honorable sénateur Christensen (*le 18 avril 2002*).

Le nom de l'honorable sénateur Pépin substitué à celui de l'honorable sénateur Léger (*le 18 avril 2002*).

Le nom de l'honorable sénateur Léger substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 16 avril 2002*).

Le nom de l'honorable sénateur Christensen substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn (*le 16 avril 2002*).

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, December 6, 2001:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Gauthier, seconded by the Honourable Senator Fraser:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the document entitled *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français*.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 6 décembre 2001:

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Gauthier, appuyée par l'honorable sénateur Fraser,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner et à faire rapport sur le document intitulé *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français*.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul Bélisle

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, March 13, 2002
(59)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, *in camera*, in room 705, Victoria Building, at 3:52 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon, LeBreton, Kirby, Morin, Pépin and Roche (9).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos, from the office of Senator Cordy; James MacNeil, from the office of Senator Kirby; Jeff MacLeod, from the office of Senator Pépin; Momar Diagne, from the office of Senator Roche; Todd Martin, from the office of Senator Callbeck; Mary Moore, from the office of Senator Fairbairn; Megan Cain, from the office of Senator Robertson; Ross McKean, from Burke Cader Media Strategies Inc.; John Burke and Alvin Cader, from the Committees and Private Legislation Directorate; Debbie Pizzoferrato and staff from the Page Programme, Interpretation Services and the Senate Messengers.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.*)

The committee considered its draft report.

It was agreed — That the draft report of the committee be adopted as the committee's Fifth Volume and that the approval of the final version be delegated to the Chair, Deputy Chair, Senator Keon and Senator Morin.

The committee discussed future business.

At 5:20 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, April 17, 2002
(60)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, *in camera*, in room 705, Victoria Building, at 5:07 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon, LeBreton, Kirby and Morin (7).

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 13 mars 2002
(59)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à huis clos, à 15 h 52, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, LeBreton, Kirby, Morin, Pépin et Roche (9).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos; du bureau du sénateur Cordy: James MacNeil; du bureau du sénateur Kirby: Jeff MacLeod; du bureau du sénateur Pépin: Momar Diagne; du bureau du sénateur Roche: Todd Martin; du bureau du sénateur Callbeck: Mary Moore; du bureau du sénateur Fairbairn: Megan Cain; du bureau du sénateur Robertson: Ross McKean; de Burke Cader Media Strategies Inc.: John Burke et Alvin Cader; de la Direction des comités et de la législation privée: Debbie Pizzoferrato; des membres du personnel du Programme des pages, du Service d'interprétation et du Service des messagers du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

Le comité examine son projet de rapport.

Il est convenu — D'adopter le projet de rapport du comité (Cinquième volume du comité), et de demander à la présidence, à la vice-présidence de même qu'aux sénateurs Keon et Morin d'en approuver la version finale.

Le comité discute de ses travaux futurs.

À 17 h 20, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le mercredi 17 avril 2002
(60)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à huis clos, à 17 h 07, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, LeBreton, Kirby et Morin (7).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos, from the office of Senator Cordy: James MacNeil, from the office of Senator Kirby: Jeff MacLeod, from the office of Senator Pépin: Momar Diagne, from the office of Senator Callbeck: Mary Moore, from the office of Senator Robertson: Ross McKean, from Burke Cader Media Strategies Inc.: John Burke and Alvin Cader, from the Committees and Private Legislation Directorate: Debbie Pizzoferrato and staff from the Page Programme, Interpretation Services and the Senate Messengers.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.*)

The committee discussed future business.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, December 6, 2001, the committee began its consideration of the document entitled “Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français.”

It was agreed — That Senator Morin be authorized to Chair the meetings of the committee’s consideration of the document entitled “Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français.”

At 5:20 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, April 24, 2002
(61)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 4:27 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Fairbairn, Kirby, Morin, Pépin and Roche (6).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos and Odette Madore.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.*)

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos; du bureau du sénateur Cordy: James MacNeil; du bureau du sénateur Kirby: Jeff MacLeod; du bureau du sénateur Pépin: Momar Diagne; du bureau du sénateur Roche: Todd Martin; du bureau du sénateur Callbeck: Mary Moore, du bureau du sénateur Fairbairn: Megan Cain; du bureau du sénateur Robertson: Ross McKean; de Burke Cader Media Strategies Inc.: John Burke et Alvin Cader, de la Direction des comités et de la législation privée: Debbi Pizzoferrato; des membres du personnel du Programme des pages, du Service d’interprétation et du Service des messagers du Sénat.

Conformément à l’ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l’état du système de soins de santé au Canada. (*L’ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

Le comité discute de ses travaux futurs.

Conformément à l’ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 6 décembre 2001, le comité entreprend l’examen du document intitulé: «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français».

Il est convenu — Que le sénateur Morin soit autorisé à présider les réunions du comité portant sur le document intitulé: «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français».

À 17 h 20, le comité suspend ses travaux jusqu’à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le mercredi 24 avril 2002
(61)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd’hui, à 16 h 27, dans la pièce 705 de l’édifice Victoria, sous la présidence de l’honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Fairbairn, Kirby, Morin, Pépin et Roche (6).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos et Odette Madore.

Conformément à l’ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l’état du système de soins de santé au Canada. (*L’ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

WITNESS:

Ontario Health Services Restructuring Commission:

Dr. Duncan Sinclair, Former Commissioner

The Chairman made a statement.

Dr. Sinclair made a statement and answered questions.

At 5:54 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:**TÉMOIN:**

De la Commission de restructuration des services de santé (Ontario):

Le Dr Duncan Sinclair, ancien commissaire.

Le président fait une déclaration.

Le Dr Sinclair fait une déclaration et répond aux questions.

À 17 h 54, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 24, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:27 p.m. to examine the state of the health care system in Canada

Senator Michael Kirby (Chairman) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Our witness is Dr. Duncan Sinclair, who was the chair of the Ontario Health Services Restructuring Committee, which preceded three other provincial studies of the health care sector that received a greater coverage — the Clair Commission in Québec, the Fyke Commission in Saskatchewan and the Mazankowski Commission in Alberta. Dr. Sinclair's study was done almost two years before any of those.

We have asked Dr. Sinclair to come as the first witness in our move from the conclusions and principles of our fifth volume toward our final volume on the subject of restructuring, which we will release at the end of October. We will ask him to begin by giving us his overview comments and then we will ask questions.

During the hour while we waited, you had the opportunity for a conversation with our research staff and Senator Morin, the former dean of medicine at Laval, who is also a member of this committee.

I should tell honourable senators that Dr. Sinclair is one of the best editors I have ever met. I prevailed upon his excellent editing skills to look at an earlier draft of our volumes, which he undertook meticulously. I want to thank you for all the editorial assistance that you have given to the committee.

Would you turn to your opening summary, and we will ask questions after that.

Dr. Duncan Sinclair, Former Commissioner, Ontario Health Services Restructuring Commission: The time is best spent answering question, so I will be brief. I have read your volume 5 off the Web. I agree with virtually everything said. It is a very good volume. If I may say so, it is better than some of the others.

I would like to make a few comments about it before we get on with the matter at hand. You opened with a statement saying that the Canadian health care system is not sustainable without more money, and frankly, I disagree with that. If you had modified your statement to say that the Canadian health care system, as presently organized and operated, is not sustainable without more money, I would agree thoroughly. We do not know if the system is over-funded, under-funded or just about right. Frankly, we just do not have the information necessary to judge.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 24 avril 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 16 h 27 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (président) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Notre témoin est le docteur Duncan Sinclair, qui a présidé la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, dont le travail a précédé trois autres études provinciales du secteur de la santé qui ont suscité une plus grande attention des médias: la Commission Clair au Québec, la Commission Fyke en Saskatchewan et la Commission Mazankowski en Alberta. L'étude du Dr Sinclair est antérieure de presque deux ans à ces trois autres.

Nous avons invité le Dr Sinclair comme premier témoin après le dépôt de notre cinquième volume traitant des principes et recommandations de réforme, et en prévision de notre dernier volume sur le sujet de la restructuration que nous publierons fin octobre. Je vais lui demander de nous faire une déclaration liminaire et nous pourrons ensuite lui poser des questions.

Pendant l'heure d'attente que nous avons eue, vous avez pu vous entretenir avec notre personnel de recherche et le sénateur Morin, l'ex-doyen de la faculté de médecine à Laval, qui est également membre de ce comité.

Je signale aux honorables sénateurs que le Dr Sinclair est l'un des meilleurs éditeurs de textes que j'ai jamais rencontrés. J'ai fait appel à son talent dans ce domaine et lui ai demandé d'examiner les ébauches de nos volumes précédents, ce qu'il a fait méticuleusement. Je tiens à le remercier de toute l'aide qu'il nous a apportée à cet égard.

Si vous voulez nous faire votre déclaration liminaire, nous aurons ensuite des questions pour vous.

Le Dr Duncan Sinclair, ex-commissaire, Commission de restructuration des services de soins de santé de l'Ontario: Je serai bref car je pense que la meilleure utilisation du temps sera que je réponde à vos questions. J'ai lu sur l'Internet votre volume 5. Je suis d'accord avec virtuellement tout son contenu. C'est un excellent volume. Si vous me permettez de le dire, il est meilleur que beaucoup d'autres.

J'aimerais dire quelques mots le concernant avant de passer au sujet qui nous occupe. Vous commencez par dire que le système de santé canadien n'est pas viable sans ressources supplémentaires et, franchement, je ne suis pas d'accord avec cela. Je serais totalement d'accord si vous aviez spécifié que le système de santé canadien n'est pas viable sans ressources supplémentaires tel qu'il est actuellement organisé et administré. Nous ne savons pas si le système est surfinancé, sous-financé ou financé juste comme il faut. Franchement, nous n'avons pas les données requises pour juger.

My one concern about the nature of your report is that it leads the reader to conclude that money is the solution to the problem. None of us knows that because we do not have the information.

Everyone recognizes that in order to get to where we ought to be, more funding is needed. The amount of that is not known but it will not be cheap. That is an expensive proposition. The price of change is going to be substantial — I agree very much with Ken Fyke who said so explicitly in his report, as did Michel Clair and Don Mazankowski. We all agree with that.

The price of change must be spent in such a way that the providers of the members of health services do not become lulled into the belief that this is more money in the system. It must be clearly identified as the price necessary to achieve change. In my experience, Wildavsky's "law of medical money" applies — it says that there is never enough money. Keep that in mind.

You refer in your report to "ducking the tough financial issues." Again, I do not agree. The financial issue is not the toughest issue; the toughest issue is how we change the system. How do we get people to buy into and contribute to major change? That is really hard.

You refer frequently in the report to rationing. Let us be realistic that rationing will always be necessary. Rationing — whether it is of health services or any other service — is a necessary condition. However, we need to be concerned about the basis on which we ration services.

We have it absolutely right that those services should be rationed on the basis of the need for them, not the demand for them, and certainly not on the ability to pay. I stand foursquare with every Canadian although there is quite a bit of slippage coming that would have an increasing number of services paid for on the basis of the ability to pay — that is creating the multiple tiers.

Your report refers to tax levels and competitiveness. I would ask you to keep in mind the principal argument that has been advanced over the past many years about automobile manufacturing. It notes that Canada has a competitive advantage by virtue of having the so-called health system that we do. The cost of manufacturing an automobile in Canada is so much less than in the United States by virtue of the fact that we have a single payer insurance system that meets costs in this country, which, in the United States are tacked right on to the price of the automobile. Therefore, the tax level itself is not the only thing that contributes to competitiveness in a country, however that is obviously where it is applied.

People can draw the inference from your report that we have to be very careful about increasing taxation less we interfere with our competitiveness. The way in which we fund health care is a very good example to keep in mind for the future.

Ma principale réserve sur votre rapport est qu'il amène le lecteur à conclure que l'argent est la solution du problème. Nul d'entre nous ne peut le dire, car nous ne possédons pas l'information requise.

Tout le monde s'accorde à dire que pour réaliser le système que nous souhaitons, il faudra davantage de moyens. On ne connaît pas le montant, mais il ne sera pas mince. Cela va coûter cher. Le prix du changement sera substantiel — je suis d'accord là-dessus avec Ken Fyke, qui a dit cela explicitement dans son rapport, de même que Michel Clair et Don Mazankowski. Nous nous accordons tous là-dessus.

Le prix du changement devra être dépensé de telle façon que les fournisseurs de services de santé ne puissent s'assoupir dans la croyance que cet argent est destiné au système actuel. Il doit être clairement présenté comme le prix à payer pour opérer des changements. Selon mon expérience, la «loi de l'argent médical» énoncée par Wildavsky s'applique: elle dit tout simplement qu'il n'y aura jamais assez d'argent. Ne perdez pas cela de vue.

Vous dites dans votre rapport qu'il ne faut pas «éluder les questions financières difficiles». Encore une fois, je ne suis pas d'accord. Le problème financier n'est pas le plus difficile; le plus difficile est de savoir comment changer le système. Comment amener les intervenants à accepter et à contribuer à une refonte? C'est cela qui est réellement difficile.

Vous parlez souvent dans votre rapport de rationnement. Soyons réaliste, le rationnement sera toujours nécessaire. Le rationnement — que ce soit des services de santé ou de tout autre service — est incontournable. Cependant, il s'agit de savoir sur quelle base on rationne les services.

Nous convenons totalement que ces services doivent être rationnés sur la base du besoin, et non de la demande, et certainement pas de la capacité à payer. Je suis tout à fait en accord avec tous ces Canadiens qui refusent qu'un nombre croissant de services soient couverts sur la base de la capacité de payer — c'est cela qui crée les soins à plusieurs vitesses.

Votre rapport fait état des niveaux d'imposition et de la compétitivité. Ne perdez pas de vue l'argument principal invoqué depuis de nombreuses années pour expliquer le succès du secteur automobile. Il veut que le Canada ait un avantage concurrentiel qui tient à son système de santé. Le coût de la fabrication d'une voiture au Canada est inférieur à ce qu'il est aux États-Unis du fait que nous avons un système d'assurance à payer unique qui couvre les coûts dans ce pays, alors qu'aux États-Unis ce coût doit être rajouté au prix de la voiture. Par conséquent, le niveau d'imposition n'est pas le seul facteur de la compétitivité dans un pays, mais il en est certainement un parmi d'autres.

Les gens pourraient conclure de votre rapport qu'il faut se garder d'augmenter les impôts, sous peine de nuire à notre compétitivité. La façon dont nous finançons les soins de santé est un très bon exemple du contraire et il ne faut pas le perdre de vue à l'avenir.

"Delisting" and "two tiers" are basically the same. You do not have three options in this regard; there are only two. One is more money and the other one is delisting or whatever you wish to call it.

You make mention of incentives with which I absolutely agree, but I would ask you to consider how those incentives are delivered. The only way in which you can deliver incentives is on the ground, that is, face-to-face with individuals who are affected by them. That, then, couples devolution — not decentralization or de-concentration, but the true transfer of power and authority — to more local levels. That is the only place where incentives can be exercised. One size does not fit all. Senator Morin and I were talking earlier about what will work in rural and remote Quebec and what will work in downtown Montreal are not necessarily even related.

I would argue very strongly for the principle of devolution. However, that should be coupled with the expectation that the devolved authorities — be they regional health authorities, integrated health systems, primary care groups and so on — would be held accountable to meet clearly defined objectives. Setting those objectives is in the nature of what governments will have to do. They should get out of the management business and into the governance business — put management on the ground where it in fact can be genuinely exercised.

One of the incentives that you stress prominently in your report is that of putting a cap on how long people should wait. I would urge a bit of caution in that because we do not have very many waiting lists in this country. We have many people waiting, but we do not know on what basis.

The Western Canada Waiting List Project is a very important one, and I am anxiously looking forward to the results of that. The Cardiac Care Network of Ontario is successful. It is now being expanded to incorporate some other cardiac-related services. However, most of our waiting lists are undisciplined founded on an absence of criteria that have been argued through. Therefore, we have waiting on the basis of need rather than waiting on the basis of demand. I would argue that currently we do not know the present mixture between need and demand. Many people are waiting unnecessarily long periods of time.

It is kind of scary that we are heading towards making major policy changes on the basis of waiting lists that are undisciplined completely. That is scary.

I will make a comment about research. The literature that applies to all business and industries except health care over the past 50 years shows that the development of new knowledge and technology has resulted in vastly increased productivity — largely through the substitution of machinery for people and of lower costs for higher cost people.

La «désassurance» et la «santé à deux vitesses» sont fondamentalement la même chose. Vous n'avez pas trois options à cet égard, il n'y en a que deux. La première est davantage de ressources et la deuxième est la désassurance ou tout autre terme que vous voudrez employer.

Vous parlez d'incitatifs et je suis absolument d'accord, mais il s'agit de savoir comment ces incitatifs seront fournis. La seule façon d'apporter les incitatifs est de le faire à la base, c'est-à-dire face à face avec les personnes touchées. Cela nous amène à la dévolution — pas la décentralisation, ni la déconcentration, mais le véritable transfert de pouvoir et d'autorité — à des niveaux plus locaux. C'est le seul lieu où des incitatifs peuvent être appliqués. Les incitatifs ne peuvent être uniformes. Le sénateur Morin et moi-même nous sommes accordés à dire tout à l'heure que ce qui marche dans les campagnes et les régions isolées du Québec ne marche pas nécessairement au centre-ville de Montréal, loin de là.

Je suis très fervent partisan du principe de la dévolution. Cependant, celle-ci doit être couplée à l'obligation pour les autorités investies — qu'il s'agisse d'administrations sanitaires régionales, de systèmes de santé intégrés, de groupes de soins primaires, etc. — de remplir des objectifs clairement définis. La fixation de ces objectifs incombe au gouvernement. Ces derniers doivent cesser de vouloir administrer les services et se limiter à la gouvernance — c'est-à-dire confier l'administration au niveau local, là où elle peut être efficacement assurée.

L'une des incitations sur lesquelles vous mettez l'accent dans votre rapport consiste à imposer des plafonds aux délais d'attente. Je vous exhorte à la prudence à cet égard car nous n'avons pas tellement de listes d'attente dans ce pays. Nous avons beaucoup de gens qui attendent, mais nous ne savons pas pour quelles raisons.

Le Projet de liste d'attente pour l'ouest du Canada est très important et j'en attends impatiemment les résultats. Le Réseau des soins cardiaques de l'Ontario est une réussite. On va maintenant l'élargir pour y englober d'autres services de type cardiaque. Cependant, la plupart de nos listes d'attente sont désordonnées du fait de l'absence de critères réfléchis. Par conséquent, on attend sur la base du besoin plutôt que de la demande. Nous ne connaissons pas actuellement la combinaison des temps d'attente fondés sur le besoin et de ceux fondés sur la demande. Beaucoup de patients connaissent de longs délais d'attente, inutilement.

Il est effrayant que l'on se dirige vers des changements de politique majeurs sur la base de listes d'attentes qui sont totalement indisciplinées. Cela fait peur.

Je dirai un mot sur la recherche. Dans tous les secteurs, sauf celui de la santé, toutes les études effectuées ces 50 dernières années montrent que la création de nouvelles connaissances et le développement technologique ont entraîné d'énormes gains de productivité — principalement du fait du remplacement des hommes par des machines et de la réduction des effectifs à salaire élevé.

Speaking of research, we do need research desperately. Why has that not happened in health care? All technology appears to be additive. That seems to go against the way technology is applied in other disciplines. The situation is similar with knowledge.

Therefore, I was a little surprised to see your third chapter dealing with technology. I know people are concerned about the absence of access to MRIs, CTs or radiation treatment. Those concerns are real. I do not wish to belittle them, but the fact is that before we leap into an increased acquisition of technology, let us find out what we expect that technology to do.

A reasonable expectation is that technology should increase the productivity as well as the quality of health care. We do not have sufficient numbers of people devoting their research energies to that fundamental question.

I agree with your technology assessment emphasis, but I would expand it. I would have it applied to research generally in the entire field.

I would be pleased to try to answer any questions that you may have.

The Chairman: I would like to clarify one point. I think we agreed with you when we were talking about "not fiscally sustainable," we were talking about the system as it is presently structured. Indeed, we made the same observation as you, which is that putting more money into the existing system just to drive volume does not make sense. We must restructure. As well, we agree that restructuring will cost money, and that, at least, would be new money put into the system.

We also agree that, after looking at some of the relative cost drivers, the odds are that you will certainly need more money in the short term. It may so happen that you get deficiencies such that in the long term you need less, but our view was that it would be a mistake to put all our eggs in one basket: to not have a contingency plan available as to what happens if you do not save enough. It was in that context that we entered into the money issue.

I have two questions, particularly given your experience with restructuring the hospital sector in Ontario.

You have some doubts about whether it is worth putting in place the information systems required to enable a hospital to know its costs of production. Let me explain what our incentive and rationale for that is, and see if you have another way of getting at it.

Our view was that once you separate the payer and provider — which we felt was important to put an element of consumer choice and competitiveness at the hospital clinic level — the only real way to pay hospitals and clinics was, in fact, to pay them on the basis of what they did. Then, as the insurer you could go to the most efficient providers, or alternatively you can pay all institutions in the province the same amount and certain institutions, such as tertiary care teaching hospitals, would find that it does not make sense for them to do certain things.

Nous avons désespérément besoin de recherche. Pourquoi n'est-elle pas faite dans le secteur de la santé? Toutes les technologies semblent s'y ajouter les unes aux autres, contrairement à ce qui se passe dans les autres disciplines. Il en va de même du savoir.

Par conséquent, j'ai été un peu surpris de lire votre troisième chapitre sur la technologie. Je sais que le public s'inquiète du manque d'accès à l'IMR, au scanner ou à la radiothérapie. Ces problèmes sont réels, je ne peux pas les minimiser, mais avant de se précipiter pour acquérir du matériel, réfléchissons à ce que nous en attendons.

Il serait raisonnable d'espérer que cette technologie améliore et la productivité et la qualité des soins. Trop peu de chercheurs consacrent leur énergie à répondre à cette question fondamentale.

Je suis d'accord avec l'accent que vous mettez sur l'évaluation technologique, mais j'élargirais cela à toute la recherche dans le domaine.

Je serais ravi de répondre aux questions que vous pourriez avoir.

Le président: J'aimerais clarifier un point. Lorsque nous disons que le système n'est pas «financièrement viable», nous sommes d'accord avec vous, car nous parlons du système tel qu'il est actuellement structuré. Nous faisons d'ailleurs la même observation que vous, à savoir qu'il ne sert à rien d'injecter davantage d'argent dans le système actuel pour absorber plus de volume. Il faut restructurer. Nous convenons également que la restructuration coûtera cher et exigera, à tout le moins, des ressources nouvelles injectées dans le système.

Après avoir examiné certains des facteurs relatifs de coût, nous convenons également qu'il faudra davantage d'argent à court terme. On pourra peut-être réaliser des gains d'efficience tels qu'à long terme on aura besoin de moins, mais nous considérons que ce serait une erreur de mettre tous nos œufs dans le même panier, de ne pas avoir de plan pour le cas où les économies seraient insuffisantes. C'est dans ce contexte que nous avons abordé la question financière.

J'ai deux questions, compte tenu de votre expérience avec la restructuration du secteur hospitalier en Ontario.

Vous doutez qu'il en vaille la peine de mettre en place les systèmes d'information requis pour qu'un hôpital puisse déterminer ses coûts de production. Permettez-moi d'expliquer notre raisonnement à ce sujet et voyons si vous avez une autre solution.

Notre point de vue est qu'une fois que l'on sépare le payeur et le fournisseur — ce qui nous a paru important pour instaurer un élément de choix du consommateur et de compétition au niveau clinique — la seule façon réelle de payer les hôpitaux et cliniques était de les rémunérer à l'acte. Ainsi, en tant qu'assureur, vous pouvez vous adresser au fournisseur le plus efficient, ou encore vous pouvez payer le même montant à tous les établissements de la province et certains d'entre eux, tels que les hôpitaux universitaires de soins tertiaires constateraient qu'il n'est pas payant pour eux de faire certaines choses.

I attended a conference on the weekend with senior hospital administrators. The example they gave was it does not make sense for a specialist at a children's hospital to do tonsillectomies. They are much cheaper and more efficiently done at the community care level. There are two ways to get hospitals out of doing tonsils. You can use the "command and control" model, which is to tell them to stop doing them, which we do not like. The second way is to price tonsillectomies in such a way that they will not do them because they cannot make any money at it, whereas the community hospitals will.

Would you talk to us about how we can go about taking the principle of service-based funding to introduce an element of competition among the hospitals and clinics? How could one implement that principle, what are its pitfalls and are there particular incentives that would work?

By the way, I like one observation you made, which I thought about indirectly, rather than directly. You are absolutely right about our moving to incentives being a move to devolution.

Since we are dealing with Ontario, I would like to hear your thoughts on primary care reform, which has been tried — although not successfully — in Ontario. At least that is the impression we get. We know that will meet some resistance from family practitioners. Indeed, I ran into some resistance at the discussion I had on the weekend. To describe my perspective, I used the analogy of talking to bankers who used to think that when banks were open from ten o'clock in the morning to three o'clock in the afternoon, they were providing real customer service.

To some extent, there is a need to change the thinking of the providers — to have them recognize that their job is not forcing patients to fit into what is convenient for them, but to design a patient-oriented system and let them fit into the system. That is a radical thought, although given that so many other industries have changed I would have not thought that, but on the basis of my small, random sample since last Thursday, it does appear to be that way.

Would you give your comments on that, please?

Dr. Sinclair: First, with the hospital issue and paying them for what they do instead of the global budget. The global budget concept was meant to have done just that. It was supposed to be based on what they do and be amended year by year, but it does not work well and we know that.

I have considerable concern that if hospitals and, perhaps, other agencies and institutions go onto what amounts to a fee-for-service basis, then we may indeed perpetuate abuse of the system — and I do not think that is too strong a term as we perceive that from some physicians who have exploited the fee-for-service model.

J'ai participé à une conférence pendant la fin de semaine avec des administrateurs hospitaliers de haut niveau. L'exemple qu'ils ont donné est qu'il n'est pas rationnel pour un spécialiste d'un hôpital pour enfants d'effectuer des ablations d'amygdales. Il est beaucoup moins coûteux et plus efficient d'effectuer celles-ci au niveau des soins communautaires. Il y a deux façons d'empêcher les hôpitaux d'enlever les amygdales. Vous pouvez utiliser le modèle du commandement et contrôle, c'est-à-dire que vous leur ordonnez d'arrêter, ce que nous n'aimons pas. La deuxième façon est de fixer le prix de l'amygdalectomie de telle façon qu'ils ne trouveront pas intérêt à les faire, au contraire des hôpitaux communautaires.

Pourriez-vous nous parler de l'emploi de la rémunération à l'acte comme facteur de concurrence entre les hôpitaux et les cliniques? Comment mettrait-on en œuvre ce principe, quels en sont les pièges et existe-t-il des incitatifs particuliers qui pourraient fonctionner?

Au fait, j'ai aimé une observation que vous avez formulée, à laquelle j'ai réfléchi indirectement plutôt que directement. Vous avez absolument raison de dire que le recours aux incitatifs constitue une dévolution.

Puisque nous parlons de l'Ontario, j'aimerais connaître votre avis sur la réforme des soins primaires qui a été tentée en Ontario, bien que sans grand succès. Du moins c'est l'impression que nous retirons. Nous savons que les médecins généralistes y opposeront une résistance. J'ai effectivement rencontré une certaine résistance pendant la discussion que j'ai eue en fin de semaine. Pour situer mon point de vue, j'ai employé comme analogie les banques qui pensaient jadis qu'elles offraient un bon service à la clientèle lorsqu'elles ouvraient de 10 h du matin à 3 h de l'après-midi.

Dans une certaine mesure, un changement de mentalité s'impose chez les prestataires — ils doivent reconnaître que leur rôle n'est pas de forcer les patients à se contenter de ce qui est bon pour eux-mêmes, mais plutôt de concevoir un système axé sur le patient auquel eux-mêmes doivent s'adapter. C'est une idée considérée comme radicale, ce qui me surprend vu que beaucoup d'autres industries ont su évoluer, mais si je me fie au petit échantillon aléatoire que j'ai vu depuis jeudi dernier, c'est bien ce qu'il semble.

Pourriez-vous me donner votre avis sur ces sujets, s'il vous plaît?

Le Dr Sinclair: Voyons, premièrement, le financement à l'acte des hôpitaux, à la place d'un budget global. L'idée du budget global était précisément cela. Il était censé les payer sur la base de ce qu'ils font et être modifié d'année en année, mais cela ne marche pas très bien et nous le savons.

Je crains beaucoup que si l'on impose aux hôpitaux et, peut-être, à d'autres organismes et institutions ce qui équivaut à une rémunération à l'acte, on ne perpétue les abus — et je ne pense pas que ce soit un terme trop fort car on a vu certains médecins exploiter le modèle de la rémunération à l'acte.

The danger is very much less in hospitals, given that the hospital itself is not the gatekeeper. However, one would have to be careful to avoid collusion between those who are the gatekeepers of hospital function and the hospitals themselves. I am thinking particularly of the call back.

When I was at Queen's, we changed the mechanism by which all clinical members of faculty were provided recompense. We went to an alternative funding model and away from fee for service. Before that, I used to get frequent calls from referring physicians in the area, from Brighton to Cornwall to Perth, saying: "What happened to my patient? I referred so and so to a specialist six years ago for some particular ailment and he or she, as far as I know, is still there." Sure enough, they were being called back, and their case was being managed as primary care out of the tertiary centre because there was substantial economic benefit in doing so. When we transformed to the alternative funding program, I received calls almost every day from referring physicians saying: "I now recognize Harry once again, who is now my patient, but quit sending me so many."

There is a problem with going to that kind of function, but it is not a bad idea to have hospitals paid basically on the basis of DRG, diagnosis related groups, and the volume related to those, much along the line of what is common in some provinces, and also in the United States. That is a very good idea.

I have a concern about paediatric hospitals, because one of the things we have accomplished, to our great credit, since the introduction of medicare is we have very few sick children. We really do have little need for paediatric hospitals. One of the worst things that can take place — and the data are consistent with that — is that if a given institution does a few of anything then they are not likely to do it very well. You have to produce economies and the quality that derives from scale.

The great concern with paediatric hospitals is that if they become very few in number, as this logic would drive you to, then you would have the displacement of children from their homes, who, if they had to go to hospital, would be away from their families.

The Chairman: You would need a different set of rules for paediatric hospitals because of the nature of their function.

Dr. Sinclair: The nature of their clientele — their patient base.

If you were dealing with heart transplants I would not be as concerned, because if we had one centre for the whole nation, you do have too many and you could go there.

The Chairman: You commented about volume, and I have heard some things anecdotally. The head of the Alberta Medical Association happens to be an orthopaedic surgeon who now only does shoulders.

He said that he is not only better, but he is much more efficient, because all he does is shoulders. Someone asked, "If you needed a bypass, would you rather do it with a doctor who did 10 per year

Le danger est beaucoup moindre dans le cas des hôpitaux, car ceux-ci ne sont pas les contrôleurs de l'accès. Cependant, il faudrait soigneusement prévenir la collusion entre les contrôleurs d'accès à la fonction hospitalière et les hôpitaux eux-mêmes. Je songe particulièrement aux consultations de rappel.

Lorsque j'étais à Queen's, nous avons modifié le mécanisme de rémunération des enseignants cliniciens. Nous avons adopté un modèle de financement autre que la rémunération à l'acte. Auparavant, je recevais fréquemment des appels de médecins référents de la région, de Brighton à Cornwall et Perth, qui me demandaient: «Qu'est-il advenu de mon patient? Je l'ai envoyé à tel spécialiste il y a six ans pour un symptôme donné et, à ma connaissance, il est toujours traité par lui». Effectivement, le spécialiste les rappelait régulièrement et gérait leur cas en tant que soins primaires à partir d'un centre de soins tertiaires, car il y voyait un avantage économique substantiel. Lorsque nous avons changé le mode de rémunération, je recevais des appels presque chaque jour de médecins référents qui me disaient: «Je revois maintenant Harry, qui est maintenant mon patient, mais arrêtez de m'en envoyer autant».

Le passage à ce type de fonctionnement ne va pas sans problème, mais ce n'est pas une mauvaise idée de payer les hôpitaux sur la base de diagnostics repères et des volumes y afférents, comme cela se fait dans certaines provinces et aussi aux États-Unis. C'est une très bonne idée.

J'ai une préoccupation dans le cas des hôpitaux pédiatriques, car l'une des choses que nous avons accomplies, à notre grand crédit, depuis l'introduction de l'assurance-maladie, c'est que nous avons très peu d'enfants malades. Nous avons réellement besoin de peu d'hôpitaux pédiatriques. La pire chose — et toutes les données le prouvent — c'est lorsqu'un établissement donné traite un peu tous les cas, car il est peu susceptible de le faire très bien. Il faut produire des économies d'échelle pour bénéficier de la qualité qui accompagne la spécialisation.

La grande crainte est que si le nombre des hôpitaux pédiatriques diminue, ce à quoi conduit cette logique, alors les enfants devront être traités loin de chez eux.

Le président: Il faudrait un ensemble de règles différent pour les hôpitaux pédiatriques, à cause de leur fonction.

Le Dr Sinclair: De la nature de leur clientèle, de leurs patients.

Cela me préoccuperaient moins s'agissant de greffes cardiaques, car leur nombre est peu important et il en suffirait d'un pour tout le pays.

Le président: Vous avez parlé de volume, et j'ai entendu un certain nombre d'anecdotes. Le président de l'Association médicale de l'Alberta se trouve être un chirurgien orthopédiste qui n'opère maintenant plus que sur les épaules.

Il a dit que son travail est ainsi non seulement de meilleure qualité, mais qu'il est aussi plus efficient, car il ne s'occupe plus que des épaules. Quelqu'un a demandé: «Si vous avez besoin d'un

or 200 per year?" Experience really does make a difference. Would you verify that on the basis of your own experience?

Dr. Sinclair: Yes.

Senator Morin: In the last issue of *The New England Journal of Medicine*, two articles state that the best indicator for quality of anything is volume, whatever you do, whether it is surgery or a diagnostic procedure. That is in the best medical journal there is, and there were two different papers on the subject.

Dr. Sinclair: The evidence comes out of all other kinds of business and industry as well. One of the productivity changes we have seen has been attributed to the greater specialization of the production function in all kind of businesses. I agree thoroughly with you, but in my opinion, one has to be very careful to ensure that you also take into account the character of the clientele, to put it in those terms. I am particularly concerned about children, who really do need the close support of their families when they are ill.

Senator Morin: They also need quality.

Dr. Sinclair: Yes, and that is a trade-off.

The Chairman: It also refers to the set of incentives used in terms of pricing mechanisms. To get to your other point about quality and volume being related, in one major metropolitan area, for example, you might have one hospital that does all hip and knee replacements. Then you could price things so it would not make sense for any one else to do it because they are so good at doing it in the one place.

Dr. Sinclair: We followed that logic in Ontario. Ontario's commission was a little different than the others in that we had the power of the government to direct hospital restructuring and recommend on everything else.

The Chairman: You were an implementation commission as well as, effectively, a planning commission.

Dr. Sinclair: Yes, for that front end, for the hospital restructuring. We operated on that principle. We left open one of the private hospitals in Ontario, the Shouldice Clinic, primarily because it does such a good job with hernias. It only does hernias, and it does a lot of them, and it does them extraordinarily well.

The Chairman: Are there any other questions on the service-based funding?

Dr. Sinclair: The primary care reform principles that we articulated in Ontario are not just for Ontario. Our report was directed at Ontario, but the principles are the same as for every other province. I do not think we are talking only about Ontario here; we are talking about the country generally.

There are two key things we must do. One of them is primary care reform, and the other one is development for a capacity for health information management. Unless and until we have that, even primary care reform will not tell us anything because we need to have the data and information to evaluate how good or poorly we are doing.

pontage, aimeriez-vous qu'il soit réalisé par un chirurgien qui en effectue dix par an ou 200 par an?» L'expérience fait réellement une différence. Est-ce que votre propre expérience confirme cela?

Le Dr Sinclair: Oui.

Le sénateur Morin: Dans le dernier numéro du *New England Journal of Medicine*, deux articles affirment que le volume est le meilleur indicateur de la qualité, et ce dans tous les cas, qu'il s'agisse de chirurgie ou de diagnostic. C'est ce qu'affirme la meilleure revue médicale du monde, dans deux articles différents sur le sujet.

Le Dr Sinclair: On en a la preuve dans toutes sortes d'autres activités et également dans l'industrie. Dans toutes sortes d'entreprises on constate des gains de productivité attribuables à la spécialisation. Je suis tout à fait d'accord avec vous, mais à mon sens il importe de prendre également en considération la nature de la clientèle, pour ainsi dire. Je songe particulièrement aux enfants, qui ont réellement besoin de la proximité de leur famille lorsqu'ils sont malades.

Le sénateur Morin: Ils ont aussi besoin de qualité.

Le Dr Sinclair: Oui, et ce sont deux facteurs contradictoires.

Le président: Cela nous ramène également aux incitatifs prenant la forme de la tarification. Si la qualité et le volume vont de pair, dans un grand centre urbain, par exemple, on pourrait avoir un hôpital s'occupant de toutes les opérations sur le col du fémur et le genou et tarifer l'intervention de telle façon qu'aucun autre hôpital ne trouverait intérêt à les pratiquer.

Le Dr Sinclair: Nous avons suivi cette logique en Ontario. La commission ontarienne différait un peu des autres en ce sens qu'elle avait le pouvoir d'imposer la restructuration hospitalière et de faire des recommandations sur tout le reste.

Le président: Vous étiez, à toutes fins pratiques, une commission de mise en oeuvre et non seulement de planification.

Le Dr Sinclair: Oui, au niveau hospitalier. C'est le principe que nous avons suivi. Nous avons conservé un des hôpitaux privés de l'Ontario, la clinique Shouldice, principalement parce qu'elle était tellement bonne pour les hernies. Elle ne s'occupe que d'hernies, elle en fait beaucoup et avec une compétence extraordinaire.

Le président: Y a-t-il d'autres questions sur le financement à l'acte?

Le Dr Sinclair: Les principes de réforme des soins primaires que nous avons énoncés pour l'Ontario ne valent pas que pour cette province. Les principes valent pour toutes les autres provinces. Nous ne parlons pas ici que de l'Ontario, mais du pays en général.

Il existe deux impératifs. L'un est la réforme des soins primaires, et l'autre est la création d'une capacité de gestion de l'information sanitaire. À défaut de cette dernière, même la réforme de soins primaires ne nous apprendra rien car il nous faut des données pour évaluer les résultats.

You are right. Primary care reform is happening very slowly and tentatively in Ontario despite our reports now being some three years old. The pilot projects have been running for six years, but they affect very few people. It is proceeding extremely slowly.

My view is that this is primarily because of the anchors that have been provided to the primary health network. These anchors are in the form of the framework agreements that were negotiated between the government and the Ontario Medical Association. Those agreements make it absolutely clear that primary care reform must continue to be entirely doctor centric and that it is not possible for the implementation committee to operate under the kind of rules we thought necessary to achieve primary care reform quickly.

The Chairman: What do you mean by "doctor centric"?

Dr. Sinclair: The network chaired by Ruth Wilson has no money or authority to provide funding for nurse practitioners, for example, nor for the purchase of existing physical facilities, nor for the construction of new physical facilities. It really is focused almost entirely on physician recompense.

The Chairman: Are you saying that the issue of primary care reform, its success or failure, has been put in the hands of the current practitioners to call the shots?

Dr. Sinclair: No, it is put in the hands of the Ontario Medical Association, which negotiated with the government the two fundamental framework agreements within which Ruth Wilson and her colleagues could operate, and they apply to urban physicians and rural physicians. They do not apply across the spectrum of primary care reform.

One of the fundamental things about primary care reform is that we did not refer to it as family medicine reform. We referred to it as primary health care reform, which incorporates a lot more people and skills than physicians alone. The reform effort in Ontario is going so very slowly because it has been restricted to a focus on physicians, excluding the necessary parallel focus on other health professionals.

The Chairman: How could we do that? Forget about Ontario for a moment. If we were to suggest something to a province that is just embarking on this, what are the two or three things that you would tell them to do or not do to avoid the problem?

Dr. Sinclair: If I were the federal government, I would not tell them how to do anything. If we are going to get from where we are to where we want to go, we will need full and enthusiastic federal-provincial partnership in this business.

The Chairman: I meant, "suggest" rather than "tell." What would you suggest to them?

Dr. Sinclair: Primary care reform must focus on the spectrum of health professionals who must be involved in this provision. This includes physicians, nurses and nurse practitioners — of whom we do not have nearly enough to provide services —

Vous avez raison. La réforme des soins primaires en Ontario est très lente à venir bien que nos rapports remontent maintenant à trois ans. Des projets pilotes sont en cours depuis six ans mais ils touchent peu de gens. Les choses avancent avec une lenteur extrême.

À mon avis, cela est dû principalement aux ancrages du réseau de santé primaire. Ces ancrages prennent la forme d'accords-cadres négociés entre le gouvernement et l'Ontario Medical Association. Ces accords stipulent expressément que la réforme des soins primaires doit continuer à être entièrement axée sur les médecins et que le comité de mise en oeuvre ne peut appliquer le genre de règles que nous estimions indispensable à une réforme rapide des soins primaires.

Le président: Qu'entendez-vous par «axée sur les médecins»?

Le Dr Sinclair: Le réseau, présidé par Ruth Wilson, n'a ni les fonds ni le pouvoir de financer des infirmières praticiennes, par exemple, ni d'acheter des établissements existants, ni de construire de nouveaux établissements. Son rôle est presque exclusivement centré sur la rémunération des médecins.

Le président: Dites-vous que la réforme des soins primaires, sa réussite ou son échec, a été placée entièrement aux mains des praticiens actuels?

Le Dr Sinclair: Non, elle était placée aux mains de l'Ontario Medical Association, qui a négocié avec le gouvernement les deux accords-cadres fondamentaux à l'intérieur desquels Ruth Wilson et ses collègues peuvent travailler, et ils s'appliquent aussi bien aux médecins urbains que ruraux. Ils ne s'appliquent pas à l'échelle de toute la réforme des soins primaires.

Justement, nous avons évité d'appeler la réforme des soins primaires «réforme de la médecine familiale». Nous l'avons appelée «réforme des soins primaires», ce qui englobe beaucoup plus de gens et de compétence que les seuls médecins. L'effort de réforme en Ontario avance très lentement car il a été limité aux médecins, à l'exclusion des autres professions de la santé.

Le président: Comment faudrait-il procéder? Oublions l'Ontario pour le moment. Si nous devions conseiller une province qui entame tout juste cette tâche, quelles sont les deux ou trois choses que vous lui conseilleriez de faire ou de ne pas faire pour éviter le problème?

Le Dr Sinclair: Si j'étais le gouvernement fédéral, j'éviterais absolument de leur dire quoi que ce soit. Si nous voulons opérer les changements qui s'imposent, nous aurons besoin d'un partenariat fédéral-provincial enthousiaste et sans réserve.

Le président: Je ne voulais pas dire «imposer» mais «conseiller». Que lui conseilleriez-vous?

Le Dr Sinclair: La réforme des soins primaires doit couvrir tout l'éventail des professions médicales intervenant dans les soins. Cela englobe donc les médecins, les infirmières et infirmières praticiennes — dont nous avons une grande pénurie — les

pharmacists, occupational therapists, physical therapists, dieticians and clinical psychologists. Primary health care is a much bigger thing than medical, and that is absolutely key.

Physicians now are involved in the provision of a range of services that precludes their utilizing their very long training and experience to the full. Many are not now providing anything close to comprehensive care. A relatively shrinking numbers of physicians are providing primary care obstetrics, for example. This has been referred to obstetricians for a very long period of time. Many provide for counselling, and frankly, having been a medical educator, we do not equip our medical graduates as counsellors very well. Many other health professionals are better qualified at that, including nurses.

The Chairman: Why do they do that?

Dr. Sinclair: It is easy work. Many physicians who, as recent graduates, do not start up practice for many years; they spend the time working in walk-in clinics and providing services at regular time intervals. If you can schedule your work from 9 to 5 or 8 to 4 and not see anyone who is sick, that is easy.

Senator Pépin: You said it has to be teamwork. Your approach is similar to the report of Mr. Clair in Quebec. He said that everyone has to work as a team. Listening to you, I am hearing the same thing.

Dr. Sinclair: Michel Clair and I have been on several platforms together, including just last week in Montreal. It was a waste of money, because you get the same opinion from both of us. Only spend your money on one.

Senator Fairbairn: I would like to go back to your comments on waiting lists because we certainly hear a great deal about waiting lists. Who would you suggest should set out the well-understood criteria?

Dr. Sinclair: Those who provide the service should do that. They are the experts and when they get together, locked in a room, they will develop the criteria just as it happened with cardiac care in Ontario. We had waiting list problems, and one of the solutions was to bring the consultant cardiologists and the cardiac surgeons together and ask them to develop the rank order of criteria that should be applied to produce a disciplined waiting list. They came up with that information and soon, the list was categorized into three bundles: urgent, necessary and can wait for a while. Within those three categories, definitive criteria were established and the waiting list disappeared.

Senator Fairbairn: Those criteria would govern the suggestion of the physician who is, for example, ordering an MRI?

Dr. Sinclair: Yes.

Senator Fairbairn: Would there be criteria that could override the physician's sense of urgency for the patient to have that MRI?

Dr. Sinclair: Yes, but the criteria "would" override.

pharmaciens, les thérapeutes occupationnels, les physiothérapeutes, les diététiciens et les psychologues cliniciens. Les soins primaires débordent largement du seul domaine médical, et c'est là la clé.

Les médecins s'occupent aujourd'hui de tout un éventail de services pour lesquels ils ne mettent pas pleinement à profit leur longue formation et expérience. Beaucoup d'entre eux sont loin d'offrir des soins complets. Un nombre de médecins en baisse fournissent des soins primaires obstétriques, par exemple. Cela fait longtemps que tous ces cas sont renvoyés aux obstétriciens. Beaucoup assurent le counselling, et franchement, ayant été professeur de médecine, je sais que nous n'équipons pas nos étudiants en médecine sur le plan du conseil. Beaucoup d'autres professionnels de la santé sont mieux qualifiés pour cela, dont les infirmières.

Le président: Pourquoi font-ils ce travail?

Le Dr Sinclair: C'est un travail facile. Beaucoup de médecins fraîchement diplômés attendent des années avant d'ouvrir un cabinet; ils passent leur temps dans des cliniques de consultation sans rendez-vous et travaillent à heures fixes. Si vous pouvez organiser votre journée de travail de 9 h à 5 h ou de 8 h à 4 h et ne pas voir de malades, c'est facile.

Le sénateur Pépin: Vous avez dit qu'il faut un travail d'équipe. Votre approche est similaire à celle du rapport de M. Clair au Québec. Il dit que tout le monde doit travailler en équipe. En vous écoutant, je me dis que le message est le même.

Le Dr Sinclair: Michel Clair et moi-même avons été côté à côté sur plusieurs tribunes, et encore la semaine dernière à Montréal. C'est un gaspillage d'argent, car lui et moi formulons les mêmes opinions. Contentez-vous de l'un de nous deux, vous ferez des économies.

Le sénateur Fairbairn: J'aimerais revenir à la question des listes d'attente car on en parle énormément. Qui devrait établir ces fameux critères?

Le Dr Sinclair: Ceux qui fournissent le service. Ce sont eux les experts et lorsqu'ils sont réunis, enfermés dans une salle, ils vont élaborer les critères, comme cela a été le cas avec les soins cardiaques en Ontario. Nous avions des problèmes de listes d'attente et l'une des solutions a été de rassembler les cardiologues consultants et les chirurgiens cardiaques pour qu'ils déterminent l'ordre des priorités à appliquer pour obtenir une liste d'attente disciplinée. Il ne le leur a pas fallu longtemps pour définir trois types de cas: urgent, nécessaire et peut attendre un moment. À l'intérieur de ces trois catégories, des critères clairs ont été établis et la liste d'attente a disparu.

Le sénateur Fairbairn: Ces critères régiraient la prescription du médecin qui, par exemple, ordonne un IMR?

Le Dr Sinclair: Oui.

Le sénateur Fairbairn: Y aurait-il des critères qui pourraient prendre le pas sur l'appréciation de l'urgence d'un IMR donnée par le médecin?

Le Dr Sinclair: Oui, le critère l'emporterait.

The Chairman: Dr. Sinclair, the system you describe is a cardiac care network in Ontario whose members collaborated and developed the criteria, which resulted, in large measure, in the elimination of the biggest waiting list problems. Is that correct?

Dr. Sinclair: Yes. When the Cardiac Care Network said they had a waiting list problem, they said it with such credibility that the government quickly invested in new capacity.

The Chairman: My question is self-evident. Everyone points to that as not only the best illustrative example of waiting line management but as the only illustrative example. It works well, and that seems to be acknowledged by people inside and outside of the profession, so why has this not become common practice?

Dr. Sinclair: The criteria interfere with the professional judgment of the individual about the urgency of need. They have created a very disciplined waiting list that is much like a clinical guideline, in fact. It represents a collective opinion of the best experts and there will always be people who do not agree with it. We have operated in a system where we respect the judgment of the individual physician very highly, and so we should respect the physician. However, in this case we decided collectively that we would apply collective judgment that would override individual judgment.

Senator Morin: Cardiac care and cardiac surgery are different from any other medical situation. Those waiting lists throughout the country are well-managed.

Senator Pépin: If we discuss cancer cases, there are two issues to be considered: the cancer cases themselves and the available beds for cancer patients. In my province, they reduce the number of beds available for two or three months during the summers. I agree that people are competent enough to know whether it is urgent or it can wait. However, on the other hand, it becomes necessary to send some of our cancer cases to the United States for treatment. If they reduce the number of available beds, then they have to work in collaboration with the directors of the hospitals to determine who should be treated where. The number of available beds is important for those cases.

Dr. Sinclair: The point I am making, senator, is that regardless of the resource — a bed in a cancer ward, radiotherapy, chemotherapy or cardiac care — it has to be rationed. It is a fact of life that we have to ration everything. There will not be open-ended access to everything. Fairness demands that the rationing device to determine who receives access first, second or third, should be disciplined by collective and good judgment about the criteria that should apply. I do not agree that cardiac surgery is different from all other kinds of treatment. In fact, I believe that it is illustrative of every procedure.

Senator Pépin: I have to admit that I like to be rational, but we have to work together with what is available to us. However, it has been shown that there have been urgent cases of cancer requiring radiotherapy and they could not provide that service. That is why the patients were sent to the United States. If we want

Le président: Docteur Sinclair, le système que vous décrivez est un réseau de soins cardiaques en Ontario dont les membres ont collaboré et élaboré les critères, ce qui a permis dans une large mesure d'éliminer les plus longues listes d'attente. Est-ce exact?

Le Dr Sinclair: Oui. Lorsque le réseau de soins cardiaques a dit qu'il y avait un problème de liste d'attente, sa crédibilité était telle que le gouvernement a rapidement investi dans une capacité nouvelle.

Le président: Cela rend ma question évidente: Tout le monde s'accorde à dire que c'est le meilleur exemple de gestion de file d'attente, en fait le seul exemple. Cela marche bien et tout le monde, à l'intérieur et en dehors de la profession s'accorde à le dire. Dans ces conditions, pourquoi cela n'est-il pas la pratique courante?

Le Dr Sinclair: Les critères empiètent sur le jugement professionnel des médecins quant à l'urgence. Ils ont créé une liste d'attente très disciplinée qui est très similaire, dans la pratique, à une ligne directrice clinique. Les critères représentent l'opinion collective des meilleurs experts et il y en aura toujours qui ne seront pas d'accord. Nous avons l'habitude d'un système où l'on respecte hautement le jugement du médecin individuel, mais en l'occurrence nous avons décidé collectivement d'appliquer le jugement collectif et que celui-ci prendrait le pas sur le jugement individuel.

Le sénateur Morin: Les soins cardiaques et la chirurgie cardiaque forment une catégorie à part. Ces listes d'attente dans le pays sont bien gérées.

Le sénateur Pépin: Dans le cas du cancer, deux éléments sont à considérer. Les cas de cancer eux-mêmes et le nombre de lits disponibles pour ces patients. Dans ma province, on réduit le nombre de lits disponibles pendant les deux ou trois mois d'été. J'admet que les médecins sont suffisamment compétents pour savoir si un cas est urgent ou peut attendre. Cependant, il devient nécessaire d'envoyer certains de nos malades du cancer aux États-Unis pour être traités. S'ils réduisent le nombre de lits disponibles, alors ils doivent collaborer avec les directeurs d'hôpitaux pour déterminer qui va être traité où. Le nombre de lits disponibles est important dans ce cas.

Le Dr Sinclair: Ce que je fais ressortir, sénatrice, est qu'indépendamment de la ressource — un lit, une radiothérapie, une chimiothérapie ou des soins cardiaques — le rationnement est inévitable. Il est inévitable de devoir rationner. Il n'y aura de libre accès à rien. L'équité exige que le rationnement, c'est-à-dire l'accès en première, deuxième ou troisième priorité, soit discipliné au moyen de critères élaborés par un jugement collectif et compétent. Je ne suis pas d'accord pour dire que la chirurgie cardiaque diffère de toutes les autres sortes de traitement. En fait, je pense qu'elle est une illustration de toutes les procédures.

Le sénateur Pépin: J'admet que j'aime être rationnelle, mais il faut travailler avec ce dont nous disposons. Mais il est arrivé que des cas urgents de cancer exigent une radiothérapie et que l'on ne puisse fournir ce service. C'est pourquoi on a dû envoyer des patients aux États-Unis. Si nous voulons traiter les malades ici au

to keep our people in Canada for treatment and we want to work to establish a good system, then I agree that the only way to accomplish change is to have people learn to adapt. On the other hand, I am still struggling with that.

Dr. Sinclair: Senator Pépin, we do not know. I agree it is absolutely clear that there are people with very urgent needs who have been sent to the United States or to other provinces. We do not know the relative urgency of the need of those people who are already occupying the beds or time on the radio therapy machine, et cetera. Are the very urgent cases gaining the priority that they need to avoid the necessity of travelling to the United States, for example? We do not have that knowledge.

Now, the cancer groups are trying to generate that knowledge, but we are still walking along like babes in the woods. The Canadian Institute for Health Information, CIHI, estimated that we spent, in total across Canada last year, \$108 billion on health and health care. Yet, we are operating this so-called system on the basis of an information system that would be considered seriously deficient by an owner of an ordinary corner store. We just do not know what we are doing because we have no measure of benefit whatsoever.

We have no records about the total number of interactions that occur between consumers and producers of health care. We have reasonable records for hospitals, but we have no collective records for any of the other areas. The homecare records, for example, are completely incompatible — where they exist — with hospital records. Who knows what the range of record systems is in physicians' offices? Before I would spend much money to resolve a waiting list problem, I would first want the data so that I could know if I have a problem.

We certainly have the manifestation of a problem that some individuals who require services urgently are waiting too long. However, we do not know why they are waiting too long. Are there people with less urgent needs ahead of them in the line? We do not know the answers.

The Chairman: That is why you place great emphasis on information systems, and I presume patient records constitute part of that.

Dr. Sinclair: Yes, that is part of it.

The Chairman: It is only a small piece of it.

Dr. Sinclair: The information system is not a technology issue, as you pointed out well in your report. It is a discipline and management issue. Ask any businessperson what his or her most precious resource is and they will tell you that it is information about the interaction of their business or industry with their customers. We do not have any of that. We have no mechanisms in place even to identify our customers or our providers.

Canada et établir un bon système, je reconnaissais que le seul moyen d'effectuer un changement est que les gens apprennent à s'adapter. Néanmoins, j'ai du mal à l'accepter.

Le Dr Sinclair: Sénateur Pépin, nous ne savons pas. Il est tout à fait vrai que des patients ayant des besoins urgents ont été envoyés aux États-Unis ou dans d'autres provinces. Mais nous ne connaissons pas l'urgence relative des soins des patients qui occupaient déjà les lits ou la machine de radiothérapie à ce moment-là, etc. Les cas très urgents reçoivent-ils la priorité voulue pour éviter le voyage aux États-Unis, par exemple? Nous ne le savons pas.

Les groupes travaillant sur le cancer cherchent à générer cette connaissance, mais nous n'en sommes encore qu'au tout début. L'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, estime que nous avons dépensé à l'échelle nationale 108 milliards de dollars pour la santé l'an dernier. Or, nous gérons ce soi-disant système sur la base d'un système d'information que le propriétaire de l'épicerie du coin jugerait sérieusement déficient. Nous ne savons tout simplement pas ce que nous faisons car nous n'avons aucune mesure du tout du bénéfice.

Nous n'avons aucune donnée sur le nombre total d'interactions qui interviennent entre les consommateurs et producteurs de soins. Nous avons des chiffres raisonnables pour les hôpitaux, mais aucune donnée globale pour aucun autre domaine. Les données touchant les soins à domicile, par exemple, sont totalement incompatibles — lorsqu'elles existent — avec les données hospitalières. Qui sait quel est l'éventail des systèmes de comptabilité dans les cabinets des médecins? Avant de dépenser des montants conséquents pour résoudre un problème de liste d'attente, j'aimerais d'abord avoir les données pour être sûr qu'il existe un problème.

Nous avons certainement la manifestation d'un problème en ce sens que certains patients qui ont besoin de services urgents attendent trop longtemps. Cependant, nous ne savons pas pourquoi ils attendent trop longtemps. Est-ce que d'autres malades ayant des besoins moins urgents sont devant eux dans la file d'attente? Nous ne le savons pas.

Le président: C'est pourquoi vous mettez tellement l'accent sur les systèmes d'information et je suppose que les dossiers de patient en sont un élément.

Le Dr Sinclair: Oui, ils sont un élément.

Le président: Mais seulement un petit élément.

Le Dr Sinclair: Le système d'information n'est pas un problème technologique, comme vous l'avez bien signalé dans votre rapport. C'est une question de discipline de gestion. Demandez à n'importe quel homme d'affaires quelle est sa ressource la plus précieuse et il vous dira que c'est l'information sur l'interaction entre son entreprise ou industrie et la clientèle. Nous n'avons rien de cela. Nous n'avons aucun mécanisme même pour identifier nos clients ou nos fournisseurs.

The Chairman: How much of that is because we do not think of them as customers? The mentality is not one of customer service; the mentality is one of looking after the patient because the patient is sick, but not that the customer's view ought to be taken into account.

Dr. Sinclair: The system we are trying to build is concerned about patients, but it is also concerned about people who are not patients. As one wag put it, "We are concerned about a prospective patient seeking to avoid becoming the real thing." If we move to capitation funding, we then put the focus of the health services system on the people, some of whom will be patients and some of whom will not be patients.

Senator Roche: Thank you for your testimony, Dr. Sinclair. We are embarking today on volume 6, dealing with financial recommendations. I was struck by your opening comment that we should be careful about the emphasis we put on money alone being the solution and tying that to restructuring needs.

Can we recommend that a certain amount of money is needed in the health care system before having restructuring implemented? Do we first restructure and then get the money needed for the restructured health care system or do we put the money in and try to restructure at the same time?

Dr. Sinclair: I do not believe that we will be able to get change — much less productive change — in our so-called system without paying for it. In other words, the restructuring itself will cost a substantial sum of money.

With regard to financing for the restructured system, none of us knows what an effectively restructured system that operates efficiently would cost. We have to leave the question of what such a system would cost until we know that, and we will not know that until we have restructured. It is a chicken and egg situation.

I would focus attention almost entirely on the cost of restructuring, which will cost a substantial amount of money. It will also require a change in the way in which the provincial and federal governments work together. I believe entirely what you have said in your report. The majority of Canadians are looking for leadership on this. They are looking to the federal government and also to the provincial governments. Given the nature of Canada, the federal and provincial levels have to solve this together. Unfortunately, solving the issue of federal-provincial tension may be a greater problem than finding additional money.

Another cost of change will be that some of the vested interests will not like it because they will have to share the hilltop with others, and some of them may slip off the hilltop. People do not like that. It is not only what they earn; it is their status, power and all of those things.

In addition to health care, primary health care includes nursing, occupational therapy, clinical psychology and so on. Therefore, the role of team captain will have to be shared, and

Le président: Dans quelle mesure cela est-il dû au fait que nous ne les concevons pas comme des clients? La mentalité n'en est pas une de service à la clientèle, mais de s'occuper d'un patient parce qu'il est malade, mais sans que l'on tienne compte de l'opinion du client.

Le Dr Sinclair: Le système que nous essayons d'édifier se préoccupe des patients, mais aussi des personnes qui ne sont pas des patients. Comme l'a dit un blagueur: «Nous nous soucions d'un patient potentiel pour éviter qu'il n'en devienne un vrai». Si nous passons au financement par capitation, nous pourrons axer le système de services de santé sur les individus, dont certains seront des patients et d'autres n'en seront pas.

Le sénateur Roche: Merci de votre témoignage, docteur Sinclair. Nous nous embarquons aujourd'hui dans le volume 6, qui contiendra les recommandations financières. J'ai été frappé par votre déclaration liminaire, lorsque vous avez dit qu'il faut se garder de considérer l'argent comme seule solution, qu'il faut aussi une restructuration.

Pouvons-nous recommander l'injection d'un certain montant d'argent dans le système de santé avant que la restructuration soit effectuée? Faut-il d'abord restructurer et ensuite trouver l'argent pour le système de santé restructuré, ou bien peut-on investir et restructurer en même temps?

Le Dr Sinclair: Je ne pense pas que l'on puisse opérer un changement — et encore moins un changement productif — dans notre soi-disant système sans que cela ne coûte. Autrement dit, la restructuration elle-même coûtera des montants substantiels.

En ce qui concerne le financement du système restructuré, nul ne sait combien coûterait un système bien restructuré fonctionnant efficacement. Nous ne le savons pas et nous ne le saurons pas tant que nous n'aurons pas restructuré. C'est un peu la situation de la poule et de l'oeuf.

Pour ma part, je concentrerais l'attention presque entièrement sur le coût de la restructuration, qui sera considérable. Il faudra pour cela également modifier la manière dont les gouvernements provinciaux et fédéral collaborent. Je souscris pleinement à ce que vous avez dit dans votre rapport. La majorité des Canadiens attendent des pouvoirs publics qu'ils fassent preuve d'initiative. Ils se tournent vers le gouvernement fédéral, mais aussi les gouvernements provinciaux. Étant donné la nature du Canada, les paliers fédéral et provincial vont devoir régler cela ensemble. Malheureusement, il sera peut-être plus difficile de surmonter les tensions fédérales-provinciales que de trouver des fonds supplémentaires.

Un autre coût du changement sera que certains des intérêts acquis ne seront pas ravis car ils vont devoir s'entasser sur le sommet de la montagne avec d'autres et certains risquent de dégringoler la pente. Les gens n'aiment pas cela. Il n'y a pas que leur rémunération en jeu, mais aussi leur prestige, leur pouvoir et toutes ces choses.

En sus des soins médicaux, les soins primaires englobent le travail infirmier, la thérapie occupationnelle, la psychologie clinique, et cetera. Par conséquent, le rôle du capitaine d'équipe

some people will not like it. Many changes will have to be made and not everyone is amenable to that, although a little money often helps.

Senator Roche: This issue is unclear in my mind. You said a couple of times that a substantial amount of money is needed and that the restructuring process itself will take money. Our schedule mandates that we produce a report making recommendations for the expenditure of money.

Can you say in general terms how much will be required for the restructuring process itself? A restructured process would require a certain amount of money to maintain it with the values of the Canada Health Act intact. I believe that the Canadian government is injecting \$27 billion over the next five years. Will that be enough?

Dr. Sinclair: Let us say that in round figures, including both private money and public money, we spend \$100 billion a year on health care services in Canada, although that is a slightly low estimate. Approximately 70 per cent of that is public money. We do not want the share of private money to grow. Frankly, it does not matter much whether it comes from public money or private money; it comes out of the gross domestic product, out of the pockets of all Canadians. We know that it is more efficient to take the money from the public pocket, because we then have one insurance company. This allows for government efficiency, which may be a big allowance.

Using the figure of \$100 billion per year, public funding is about \$70 million. Let us estimate that the cost of change — the price of restructuring — will be approximately 10 per cent of that, or \$7 billion a year. I suggest that it will be necessary to secure federal-provincial collaboration and that those costs should be shared evenly — that is, \$3.5 billion from each level.

That is back-of-the-envelope thinking, but I do not think it is off the wall. In fact, you may want to front-end load that a bit. Perhaps in the first couple of years, the federal government would contribute \$5 billion because a particular concentration of that money needs to go into the development — as rapidly as can be done — of a capacity for health information management.

The Chairman: That is capital intensive.

Dr. Sinclair: Yes.

Senator Roche: Thank you for that. Suppose the federal government put in \$3.5 billion and the provinces do the same, then we would have a system that is restructured.

Dr. Sinclair: If you did that for 10 years, you would have a restructured system.

Senator Roche: This has to go on for 10 years?

Dr. Sinclair: I would think for 10 years.

devra être partagé avec d'autres et certains n'aimeront pas cela. Beaucoup de changements devront être apportés et tout le monde n'est pas ouvert au changement, même si un peu d'argent aide parfois à surmonter les réticences.

Le sénateur Roche: Cette question n'est pas claire dans mon esprit. Vous avez dit à plusieurs reprises qu'il faudra des montants considérables et que la restructuration elle-même coûtera cher. Notre mandat nous impose de produire un rapport formulant des recommandations de dépenses.

Pouvez-vous nous dire en gros combien le processus de restructuration lui-même coûtera? Une restructuration gardant intacts les principes de la Loi canadienne sur la santé exigera un certain montant. Je crois que le gouvernement fédéral injectera 27 milliards de dollars sur les cinq prochaines années. Cela va-t-il suffire?

Le Dr Sinclair: En chiffres ronds, nous dépensons 100 milliards de dollars par an pour les services de santé au Canada, de source tant privée que publique, et encore ce chiffre est légèrement sous-estimé. Environ 70 p. 100 de ce montant est de l'argent public. Nous ne voulons pas que la part des fonds privés augmente. Franchement, peu importe d'où provient l'argent, il est forcément prélevé sur le produit intérieur brut, dans la poche de tous les Canadiens. Nous savons qu'il est plus efficient de prendre l'argent dans la poche publique, car nous n'aurons alors qu'une seule compagnie d'assurance, ce qui améliore le rendement, peut-être de façon importante.

Prenons le chiffre de 100 milliards de dollars par an, dont 70 milliards proviennent des pouvoirs publics. Disons que le coût du changement, le prix de la restructuration, sera d'environ 10 p. 100 de cette somme, soit 7 milliards de dollars par an. Je considère qu'il faudra une collaboration fédérale-provinciale et que ce coût devrait être partagé également entre chaque niveau, soit 3,5 milliards de dollars pour chacun.

Ce sont là des estimations très rudimentaires, mais je ne pense pas qu'elles soient loin de la réalité. En fait, il faudrait peut-être en mettre un peu plus au début. Peut-être le gouvernement fédéral devrait-il contribuer les premières années 5 milliards de dollars car une bonne partie devra être consacrée, dans les meilleurs délais possibles, à la création d'un système d'information sanitaire.

Le président: Lequel exige de lourds investissements.

Le Dr Sinclair: Oui.

Le sénateur Roche: Merci de cette réponse. Supposons que le gouvernement fédéral contribue 3,5 milliards de dollars et les provinces autant, nous aurons alors un système restructuré.

Le Dr Sinclair: Si vous le faites pendant dix ans, vous aurez un système restructuré.

Le sénateur Roche: Il faudra payer pendant dix ans?

Le Dr Sinclair: Je le crains.

Senator Roche: That is interesting. At the end of a certain period of time, we would then have a restructured health care system that would be reasonably adequate in meeting primary health care needs and the other things we have talked about.

If the system is costing \$100 billion now, and even when you allow for inflation, would a restructured system mean that we could spend less money on health care, because it has been restructured and more efficiency has been built into the system? If my thesis is correct, allowing for inflation and population growth, instead of the \$100 billion jumping each year, it might hold or be slightly less as a result of efficiencies brought about by a restructured system. The money put into restructuring would be returned at the other end of the pipeline. Does that make sense to you?

Dr. Sinclair: Yes. Again, none of us has the information to know. My conviction is, on the best evidence I can muster, that if we had a genuine system that was structured and operated efficiently, we are spending enough of the gross domestic product on health care services to optimize the health of the population. It would not, in the long run, cost more money.

There would be a bump in between. I think it would take 10 years. My caution is, do not put that into general revenue but into a restructuring fund, or something similar, and put it in the hands of someone who will provide consistent governance of that restructuring fund over a period of however long it takes. It cannot be subject to the whims of the moment. It has to be a very focused long-range attention on restructuring the system. The range must exceed the range of the normal political focus of four years maximum.

Senator Roche: Finally, is it correct then to say that restructuring and money go together?

Dr. Sinclair: Yes. It is the price of change.

Senator Roche: You said 50-50 in the restructuring. In your view, would it be realistic for us to try to persuade the government to take those numbers, 50-50?

Dr. Sinclair: That is where I would start. I might even go beyond that. Given the provinces are, in the main, genuinely strapped, I would ask the federal government to create a technology fund like the old health resources fund. I would work at investment in such things as MRIs, CTs and radiotherapy machines for the next 10 years.

I might go so far as to say let us offload from the provinces the price of providing the population with better access to prescription drugs and create a kind of national pharmacare program. It is a tough problem for every province to deal with, and I think you might get agreement. That would enable the provincial and federal governments to make the investments and changes. I appreciate that those things are easier said than done, but I would have a go at it.

Le sénateur Roche: C'est intéressant. Au bout d'un certain temps, nous aurons alors un système de santé restructuré qui permettra de satisfaire raisonnablement les besoins de soins primaires et les autres choses dont nous avons parlées.

Si le système coûte 100 milliards de dollars aujourd'hui, et même en tenant compte de l'inflation, est-ce qu'un système restructuré signifiera que nous pourrons dépenser moins pour la santé, du fait qu'il y aura eu cette restructuration et que le système sera plus efficient? Si ma thèse est juste, en tenant compte de l'inflation et de la croissance démographique, au lieu de dépenser 100 milliards de dollars chaque année, ce pourrait être stable ou légèrement moins grâce aux économies introduites par la restructuration. L'argent consacré à la restructuration pourra être récupéré à l'autre bout du pipeline. Cela vous paraît-il rationnel?

Le Dr Sinclair: Oui. Encore une fois, nul d'entre nous ne possède l'information. Ma conviction, d'après les meilleures indications que je puis réunir, est que si nous avions un système véritablement restructuré et efficient, la part actuelle du produit intérieur brut consacrée à la santé suffirait pour optimiser la santé de la population. À long terme, cela ne coûterait pas plus.

Mais entre les deux, il y aura une flambée des dépenses. Il faudra dix ans, à mon avis. Je mets cependant en garde: cet argent ne devra pas être versé aux recettes générales mais dans un fonds de restructuration, ou quelque chose de similaire, et confié à quelqu'un qui gérera de façon rationnelle ce fonds de restructuration pendant tout le temps qu'il faut. On ne peut s'en remettre aux aléas du moment. Il faut prêter une attention très concentrée et à long terme sur la restructuration du système. L'horizon doit être plus long que l'horizon politique normal de quatre ans maximum.

Le sénateur Roche: Pour finir, est-il juste de dire que la restructuration et l'argent vont de pair?

Le Dr Sinclair: Oui. C'est le prix du changement.

Le sénateur Roche: Vous proposez de partager la restructuration moitié-moitié. À votre avis, est-il réaliste que nous cherchions à persuader le gouvernement d'appliquer ces chiffres, 50-50?

Le Dr Sinclair: Je commencerais par là. J'irais peut-être même plus loin. Étant donné que les provinces, dans l'ensemble, sont véritablement à court d'argent, je demanderais au gouvernement fédéral de créer un fonds technologique à la manière de l'ancien Fonds des ressources pour la santé. Il investirait dans des équipements tels que machines IRM, scanners et machines de radiothérapie pendant les dix prochaines années.

J'irais jusqu'à préconiser de décharger les provinces du prix des médicaments en créant une sorte de programme national d'assurance-médicaments. Les médicaments sont un problème difficile pour toutes les provinces et je pense que vous obtiendriez leur accord. Cela permettrait aux gouvernements provinciaux et fédéral de faire les investissements et d'opérer les changements. Je sais bien que tout cela est plus facile à dire qu'à faire, mais j'essaierais néanmoins.

Senator Cook: Thank you for your wisdom. I live in Newfoundland, where there is one tertiary care hospital. In the early 1990s, we reduced five physical sites to one hospital with two sites. If memory serves correctly, at that time the deficit at the main tertiary care hospital was about \$1 million. Recently I read an article that says it is \$11 million. Perhaps the figure of 10 per cent is close.

If today their wish list was granted, are they at the point where the change is complete and they can move on to be self-governing or self-supporting?

Dr. Sinclair: I am not particularly familiar with the circumstances in Newfoundland, but I would ask Sister Elizabeth Davis and she will be able to tell you whether they are or not.

I come back to a comparison with other businesses and industries, where the principle of economy of scale applies and the principle of higher quality deriving from a scale of operation also applies, as Senator Morin has pointed out, from the recent articles in *The New England Journal*. We must be able to achieve the same things from not only hospitals but also provision of other kinds of care throughout the whole health services system. To a degree, that is also what primary care reform is about.

I cannot imagine circumstances, in a municipality such as St. John's where access to services is not really an issue, where a consolidated enterprise cannot operate more efficiently and cost-effectively than the institution separately.

Senator Cook: At the time, the sister gave five years. In that time, she felt the change would be complete and we could move on.

On a different area, are you saying that we need to look at the gatekeeper of the system, the physician, in order to bring about meaningful change?

Dr. Sinclair: Yes. I am not particularly concerned who they are, but I think it needs to be gatekeepers other than physicians. We need to have in place incentives so they actually keep the gate instead of waving everyone through.

The Chairman: The gatekeeper needs to be a screen as well.

Dr. Sinclair: Absolutely. There are those who will say that is contrary to the role of a physician, which is to seek to optimize the care of his or her patient. In that case, the gatekeeping function is inimical to that.

The Chairman: If it is not the physician, who is it?

Dr. Sinclair: That is a very good question. I believe that physicians and nurse practitioners and nurses, those providers to whom people come for primary judgment whether or not they need care, and if so, what care, have to accept the responsibility of being both advocates for their patients and effective gatekeepers for the system. Otherwise, we run the risk of replicating the worst of the American HMO system where you have what amounts to

Le sénateur Cook: Merci de votre sagesse. Je vis à Terre-Neuve, où il existe un seul hôpital de soins tertiaires. Au début des années 90, nous avons concentré cinq sites en un seul hôpital avec deux sites. Si ma mémoire est bonne, à l'époque le déficit du principal hôpital de soins tertiaires était d'environ 1 million de dollars. J'ai lu récemment un article disant que le déficit est maintenant de 11 millions. Peut-être le chiffre de 10 p. 100 est-il proche de la réalité.

Si on lui en donnait le choix, cet hôpital serait-il maintenant au stade où le changement est terminé et où il peut s'auto-administrer et se suffire à lui-même?

Le Dr Sinclair: Je connais mal la situation à Terre-Neuve, mais posez donc la question à Soeur Elizabeth Davis et elle pourra vous dire si c'est le cas ou non.

Je reviens à la comparaison avec d'autres entreprises et industries, où le principe des économies d'échelle s'applique, de même que le principe de la qualité supérieure produite par les gros volumes, comme le sénateur Morin l'a fait valoir sur la foi de récents articles dans le *New England Journal*. Nous devons réaliser les mêmes gains, non seulement au niveau des hôpitaux mais aussi de la fourniture d'autres types de soins à l'échelle de tout le système des services de santé. Dans une certaine mesure, c'est également là l'objectif de la réforme des soins primaires.

Je ne puis imaginer des circonstances, dans une municipalité comme St. John's où l'accès aux services n'est pas réellement un problème, qui feraient qu'une entreprise consolidée ne pourrait fonctionner de manière plus efficiente et rentable que plusieurs établissements séparés.

Le sénateur Cook: À l'époque, soeur Davis parlait de cinq ans. Elle estimait que la restructuration serait parachevée dans ce délai.

Sur un sujet différent, dites-vous qu'il faut revoir le rôle du gardien de l'accès au système, le médecin, pour opérer un changement réel?

Le Dr Sinclair: Oui. Peu m'importe qui garde l'accès, mais ce ne doit pas être le médecin. Il faut mettre en place des incitations telles que le gardien de la porte d'entrée n'ait pas intérêt à laisser passer tout le monde.

Le président: Le gardien doit également être un sélectionneur.

Le Dr Sinclair: Absolument. D'aucuns diront que c'est contraire au rôle du médecin, qui est d'optimiser le soin de ses patients. Dans ce cas, la fonction de cerbère va à l'encontre de cela.

Le président: Si ce n'est pas le médecin, qui le fera?

Le Dr Sinclair: C'est une très bonne question. Je pense que les médecins et les infirmières praticiennes et autres, c'est-à-dire les professionnels auxquels les gens s'adressent en premier pour savoir s'ils ont besoin ou non de soins et décider quels soins, doivent accepter la responsabilité d'être à la fois les avocats de leurs patients et des gardiens efficaces du système. Sinon, on court le risque de reproduire le pire aspect du système américain des

an insurance executive keeping the gate. That is rationing on the basis of ability to pay, not necessarily the individuals but of the companies, which in my opinion, is wrong.

The Chairman: That would require, then, that in developing these incentives or payment schemes for primary care reform, you need to develop them in a way that would encourage the appropriate use of the gatekeeper function. Clearly, fee for service does not do.

Dr. Sinclair: Absolutely. Having said that, I am prepared to rest my confidence in the professionalism of physicians and other health professionals to do this well. They would keep the gate on the basis of their assessment of genuine need assisted by the availability of agreed-upon criteria, particularly for expensive categories of need, such as open-heart surgery, angiography, radiation therapy, and so forth.

Senator Morin: Mr. Chairman, I had the opportunity to talk with Dr. Sinclair for quite a time before the meeting, so some of my questions were answered.

You talked about the HMOs. I am sure you are not talking about all the American HMOs. We had a chance to talk about them. There are some outstanding examples that we could follow in Canada, such as the Kaiser Permanente. I am saying that for the record because I am a strong proponent of the Kaiser Permanente. You more or less told me that this was the model that you had suggested in your report.

Dr. Sinclair: As the old saying goes, if you have seen an HMO, you have seen an HMO. The range is from the wonderful to the awful. I believe that Kaiser Permanente, Puget Sound and the Intermountain Health Care systems live on the wonderful side. They generate very high patient satisfaction and data. Recent articles comparing Kaiser's performance with the National Health Service in the United Kingdom, for example, point to an effective operation. Having been there and having seen it in operation, I am very impressed. We need to take some lessons.

Senator Morin: I am interested in your conclusions and the basis of your remarks that restructuring the system is a major cost-saving operation. I would be interested to have more details. I know you recommend primary care, as well as some restructuring on the hospital side. I think these are the two major points of restructuring that you recommend.

Could you give us more detail at to where you see major cost savings could be accomplished? How do you see this? Do you see this more at the primary care level or more at the hospital level?

Dr. Sinclair: In my view, it must begin with primary care, with effective gatekeeping and with the utilization of the many health professionals to the full extent of their training. Thus, we have primary care physicians who are doing genuinely comprehensive practice. They are delivering babies, doing minor surgery and the

HMO où c'est, à toutes fins pratiques, une compagnie d'assurance qui remplit cet office. C'est là un rationnement sur la base de la capacité de payer, non nécessairement des individus mais des compagnies d'assurance, et à mon avis c'est déplorable.

Le président: Cela supposerait donc que les incitatifs ou régimes de rémunération en vue de la réforme des soins primaires soient conçus de façon à encourager ces professionnels à remplir la fonction de gardiens de l'accès. À l'évidence, la rémunération à l'acte ne fait pas cela.

Le Dr Sinclair: Absolument. Cela dit, je fais confiance au professionnalisme des médecins et autres professionnels de la santé pour bien faire ce travail. Ils donneraient l'accès sur la base de leur évaluation du besoin véritable, en s'appuyant sur des critères convenus, particulièrement s'agissant de services coûteux tels que les opérations à cœur ouvert, l'angiographie, la radiothérapie, etc.

Le sénateur Morin: Monsieur le président, j'ai eu l'occasion de parler avec le Dr Sinclair pendant pas mal de temps avant la réunion, et il a déjà répondu à certaines de mes questions.

Vous avez parlé des HMO. Je suis sûr que cela ne s'applique pas à toutes les HMO. Nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec certaines d'entre elles. Il y en a quelques exemples hors pair dont nous pourrions nous inspirer au Canada, tels que le Kaiser Permanente. Je tiens à attirer l'attention là-dessus car je suis un fort partisan du Kaiser Permanente. Vous m'avez dit plus ou moins que c'est ce modèle même que vous avez préconisé dans votre rapport.

Le Dr Sinclair: Comme le dit le dicton, si vous avez vu une HMO, vous avez vu une HMO. L'éventail va du merveilleux au désastreux. Je pense que Kaiser Permanente, Puget Sound et Intermountain Health Care se situent du côté merveilleux. Leurs patients expriment un très fort taux de satisfaction. Des articles récents comparaient la performance de Kaiser avec celle du National Health Service au Royaume-Uni, par exemple, et montraient que c'est un mécanisme efficace. Je suis allé voir sur place et j'ai été très impressionné. Nous pouvons en tirer des leçons.

Le sénateur Morin: Je suis intéressé par vos conclusions et ce qui fonde votre croyance que la restructuration du système autoriserait des économies majeures. J'aimerais plus de détails. Je sais que vous avez recommandé la réforme des soins primaires, ainsi qu'une certaine restructuration au niveau hospitalier. Ce sont là les deux principaux éléments à restructurer, à votre avis.

Pourriez-vous nous expliquer un peu plus où interviendraient les principales économies? Comment voyez-vous cela? Serait-ce davantage au niveau des soins primaires ou plutôt au niveau des hôpitaux?

Le Dr Sinclair: À mon avis, il faut commencer par les soins primaires, avec un bon contrôle de l'accès et la pleine utilisation des nombreuses professions médicales et paramédicales. Ainsi, on a des médecins de famille qui ont véritablement une pratique généraliste. Ils font des accouchements, des opérations mineures

full range of things for which they are qualified and trained. We have nurse practitioners who are offering comparable services and so on.

When the commission was operating in Ontario, we did a study of the billing structure in Ontario by both specialists and primary care physicians. The conclusion of this international panel of physicians was that a little over 20 per cent of the services provided by specialist physicians were in fact primary care. Approximately 80 per cent of the billings by family physicians were for services that could and should be provided, and in many countries are provided, by other health professionals. That is a big saving.

In fact, the model we developed in Ontario for primary care reform — if imposed over a period of five years — would result in increases in income and substantial increases in the benefits available to primary care physicians and to nurse practitioners and others, would transform us from a physician shortage to a physician surplus just like that. That has to be a major source of savings.

Senator Morin: Why? Where?

Dr. Sinclair: In the rate constants. If you are substituting lower cost labour for higher cost labour, you are saving money.

Senator Morin: You probably know about the Quebec experience. As soon as they were thinking of, for example, having pharmacists give drugs without prescription, they immediately asked for an increase in professional fees approaching about \$30 per prescription because they were now doing clinical work. Therefore, they asked for a 50 per cent increase. Nursing practitioners now want double the salary of an ordinary nurse.

If you give them additional responsibilities, they want additional compensation, and I do not blame them. When you give people additional responsibilities, they want increased pay. I am not sure that after five years we will have what you describe. I am not saying that I am strongly in favour of the concept. I do not disagree with you; you are the expert.

I am not sure the savings will be as great as we think they will be because the salaries will creep up. As soon as you throw money at the system, immediately everyone goes on strike because they want more money. I am not sure that the system will not keep creeping up as it is. However, I hope you are right.

Dr. Sinclair: I would not pretend to be an expert on this. In my experience, we do know that we have added money to the system — most recently a year and half ago in the amount \$23.4 billion, which disappears into rates very quickly. Without a discipline on the rates structure, we are lost. Frankly, the absence of that discipline results from governments trying to manage rather than govern the system.

et tout l'éventail des actes pour lesquels ils ont été formés et sont qualifiés. On a des infirmières praticiennes qui offrent des services comparables, et cetera.

Pendant le travail de la Commission ontarienne, nous avons effectué une étude de la structure de facturation en Ontario, tant des spécialistes que des médecins omnipraticiens. La conclusion de ce groupe de médecins experts internationaux était qu'un peu plus de 20 p. 100 des services fournis par des médecins spécialistes étaient en fait des soins primaires. Environ 80 p. 100 des facturations des médecins de famille étaient pour des services qui pourraient et devraient être fournis par d'autres professionnels de la santé et le sont effectivement dans de nombreux pays étrangers. Cela représente une grosse économie.

Effectivement, le modèle que nous avons élaboré en Ontario pour la réforme des soins primaires — s'il était imposé sur une période de cinq années — entraînerait des majorations de revenu et des accroissements substantiels des avantages offerts aux médecins de soins primaires et aux infirmières praticiennes et autres et se traduirait en outre par une transformation instantanée de la pénurie de médecins en excédent de médecins. Cela ne peut qu'être qu'une source majeure d'économies.

Le sénateur Morin: Pourquoi? Où?

Le Dr Sinclair: Si vous substituez une main-d'œuvre à moindre coût à une main-d'œuvre à grand coût, vous faites des économies.

Le sénateur Morin: Vous connaissez sans doute l'expérience québécoise. Dès que l'on a songé, par exemple, à permettre aux pharmaciens de dispenser des médicaments sans ordonnance, ils ont immédiatement demandé une majoration d'honoraires, pour la porter à 30 \$ par prescription, parce qu'ils faisaient dorénavant du travail clinique. Ils ont donc demandé une majoration de 50 p. 100. Les infirmières praticiennes réclament maintenant le double du salaire d'une infirmière ordinaire.

Si vous leur donnez des responsabilités supplémentaires, ils veulent une rémunération supplémentaire et je ne les en blâme pas. Lorsque vous donnez aux gens des responsabilités accrues, ils veulent un salaire accru. Je ne suis pas sûr qu'au bout de cinq ans vous aurez ce que vous décrivez. Je ne suis pas fort partisan de ce concept. Mais je ne conteste pas ce que vous dites, c'est vous l'expert.

Je ne suis pas sûr que les économies seront aussi grandes qu'on le pense parce que les salaires vont augmenter. Dès que vous injectez de l'argent dans le système, immédiatement tout le monde se met en grève pour réclamer sa part. Je ne suis pas sûr que cela ne va pas continuer. Cependant, j'espère que vous avez raison.

Le Dr Sinclair: Je ne prétends pas être l'expert. Selon mon expérience, nous savons que chaque fois que nous avons injecté de l'argent dans le système — il y a encore 18 mois, à hauteur de 23,4 milliards de dollars, il disparaît très rapidement sous forme de hausses de tarifs. Sans une structure tarifaire disciplinée, nous sommes perdus. Franchement, l'absence de discipline résulte du fait que les pouvoirs publics prétendent gérer plutôt que gouverner le système.

Devolution is the way to go. We should not bargain province wide the rates of anyone. In fact, we should get out of the payment business. Let people figure out how much and for what to pay themselves. The responsibility is there.

All these people are human beings, just like you and me. They want to improve their status in life. They also want to do a good job in caring for people who are ill, which is why they became health care professionals in the first place.

Given a relatively local capacity to set rates, I believe that we would be a lot better off than we are now.

Senator Morin: Your report is based from 1999. It is the best report I have seen on primary care. It is still the Bible as far as I am concerned. No other report has gone as far and extensive and in such detail as yours. It is still the basis of our recommendations as far as primary care reform is concerned.

Dr. Sinclair: Thank you, Senator Morin.

Senator Pépin: It is well recognized right now that nurses are underpaid. I went to a recent medical meeting where we were told that more and more women are going into medicine. I am not sure that they will be as well paid as male doctors are right now because everywhere it happens the salaries have been decreasing.

That is only a remark. However, I have to tell you that because it worries me.

I agree that we have to be rational. We have to have better information to function better. However, it is very hard for me to deal with sick people in a business way. I agree with you when you say we should deal with the services in the way that people deal with business, because we will be more efficient. Perhaps it is my nursing background, but it is difficult to deal with sick people and say we have to have priority and we have to deal with it as a business. That it is my own problem, but I think that is very difficult.

You talk about the waiting list. That should be the first step. If you say they can prioritize the waiting list and after that decide they have so many urgent cases, they will probably be able to get the number of beds they need and also the number of staff they need. If the professionals all work together and if they say we have 10 urgent cases, they will have to find 10 beds and the personnel required to look after those people.

Dr. Sinclair: I must say that I always feel a little uncomfortable using either the term "health industry" or comparing health care to an industry in business. However, the fact is that we describe ourselves as having a system. If in fact we do have the ambition to have a genuine system, we have to think about it in systemic terms and that leads us to considering comparability to other systems.

La solution est la dévolution. Il ne faudrait négocier les tarifs avec personne à l'échelle provinciale. De fait, nous devrions cesser de nous occuper de rémunération. Laissez les gens déterminer par eux-mêmes combien payer et pourquoi payer. C'est là que réside la responsabilité.

Tous ces gens sont humains, comme vous et moi. Ils veulent améliorer leur condition. Ils veulent également bien soigner les malades, car c'est la raison pour laquelle ils sont devenus professionnels de la santé en premier lieu.

Je pense qu'en décentralisant au niveau local la fixation des tarifs, on obtiendrait de bien meilleurs résultats que maintenant.

Le sénateur Morin: Votre rapport est basé sur l'année 1999. C'est le meilleur rapport que j'ai vu sur les soins primaires. Pour moi, il est la Bible. Aucun rapport n'est allé aussi loin et n'est autant entré dans les détails que le vôtre. Il reste le fondement de nos recommandations dans le domaine de la réforme des soins primaires.

Le Dr Sinclair: Merci, sénateur Morin.

Le sénateur Pépin: Il est largement admis aujourd'hui que les infirmières sont sous-payées. Je suis allée à une conférence médicale récente où on disait que de plus en plus de femmes font des études de médecine. Je ne suis pas sûre qu'elles seront aussi bien payées que les hommes médecins aujourd'hui car les salaires baissent dans toutes les professions où les femmes sont nombreuses.

Ce n'est qu'une remarque. Je tenais néanmoins à vous le dire, car cela m'inquiète.

Je conviens qu'il faut être rationnel. Il faut disposer d'une meilleure information pour mieux fonctionner. Cependant, j'ai beaucoup de mal à considérer les malades sous un angle commercial. Je suis d'accord avec vous qu'il faudrait soigner les gens de manière aussi rationnelle que le fonctionnement des entreprises, car ce sera plus efficient. C'est peut-être parce que j'ai été infirmière, mais j'ai beaucoup de mal à considérer ainsi les malades et à dire qu'il faut instaurer des ordres de priorité et travailler comme une entreprise. Je trouve cela très difficile, mais c'est peut-être mon problème particulier.

Vous parlez de liste d'attente. Cela devrait être la première étape. Si vous dites qu'ils peuvent établir un ordre de priorité dans la liste d'attente et décider qu'ils ont tant de cas urgents, ils vont probablement pouvoir trouver le nombre de lits requis et les effectifs requis. Si les professionnels travaillent tous de concert et disent qu'il y a dix cas urgents, ils vont devoir trouver les dix lits et le personnel requis pour soigner ces dix malades prioritaires.

Le Dr Sinclair: Je dois avouer que je suis toujours un peu mal à l'aise en parlant «d'industrie de la santé» ou en comparant les soins de santé à une entreprise commerciale. Cependant, le fait est que nous nous décrivons nous-mêmes comme ayant un système. Si effectivement nous ambitionnons d'avoir un véritable système, je pense qu'il faut raisonner de manière systématique, et cela nous amène à nous comparer à d'autres systèmes.

I share your discomfort in talking about waiting lists with people who are on those waiting lists but as I have said many times, I do not have the information to argue with you about the waiting list. You do not have the information. You know that you want the service faster, but I do not know who is ahead of you or who is behind and why they are ahead and behind. Until I do, I cannot discuss it with you. We cannot even approach the need of a system unless and until we have that information.

I want to say one other thing with relation to beds. We do know that we here in Canada are still pretty profligate in terms of our use of the hospital bed per se relative to other countries. Most other countries have fewer hospital beds per unit population and the evidence is that their health status is not less than ours. In fact, in many of them their health status is worse than ours. We do not have those data. I know the Kaiser Permanente use of the hospital bed is much less than ours. The satisfaction of their patients, and those who are not patients but who are members of Kaiser Permanente, is very high. They do not have a higher incidence of cancer.

I do not think we should be satisfied until we have gained the data to know why it is that we are different from these other jurisdictions. We should be as efficient. There is no reason we should not. We are a well-developed and rich country. We are not stupid. We have as many powerful minds in this country as other countries so there is no reason we should not do as well.

Senator Morin: We had a witness appear before us in Toronto concerning the waiting lines, and he said specifically that the provincial health ministers forbade him to give any public information about the province's waiting lists. They were quite prepared to do a study on the waiting lists of various provinces and compare the waiting lists but the provincial ministers prevented that. It is not as simple as all that. There are all sorts of impediments at all levels.

Dr. Sinclair: I will leave that impediment to you since you are far more expert than I.

Senator Fairbairn: I would like to carry on this discussion by asking you a "what if" question. What if a person with a very distinguishable disease such as cancer — and as you said at the moment we may not know who is ahead and why and why someone should be behind — whose physician or specialist believes they should be getting a certain kind of treatment or surgery. The system, as well as it can be constructed, says you will have to wait for this because it does not quite meet the criteria, but you can be assured that within some months something will be available.

You still have a physician who honestly believes that you are in trouble and so you reach into the Mayo, or some place in the United States, and wherever you are in Canada you are told there will be no compensation for you because the treatment is available in Canada. What would be your response in a new regulated system of health care that we would have? Would it be

Je partage votre malaise lorsque je parle de liste d'attente, car ce sont des malades qui attendent d'être soignés, mais comme je l'ai dit bien souvent, je n'ai pas l'information qu'il faudrait pour dire si la liste d'attente est justifiée ou non. Vous non plus. Vous savez que vous voulez le service plus vite, mais je ne sais pas qui est devant vous ou qui est derrière vous ni pourquoi. Tant que je ne le sais pas, je ne peux pas discuter avec vous. Nous ne pouvons même pas aborder la nécessité d'un système tant que vous et moi n'avons pas cette information.

Je dirais une autre chose à propos des lits. Nous savons que nous, au Canada, faisons toujours un usage prodigue de nos lits d'hôpitaux comparé à d'autres pays. La plupart des pays étrangers ont moins de lits d'hôpital par unité de population et tout indique que leur situation sanitaire n'est pas moins bonne que la nôtre. D'autres pays ont une situation sanitaire pire que la nôtre. Nous ne possédons pas ces données. Je sais que Kaiser Permanente utilise beaucoup moins de lits d'hôpitaux que nous. La satisfaction des patients, et de ceux qui ne sont pas patients mais membres de Kaiser Permanente, est très élevée. Il n'y a pas chez eux de plus grande fréquence de cancer.

Je ne pense pas que nous devrions être satisfaits tant que nous n'aurons pas les données indiquant en quoi nous sommes différents de ces autres pays ou organisations. Nous devrions être tout aussi efficaces. Il n'y a aucune raison pour que nous ne le soyons pas. Nous sommes un pays développé et riche. Nous ne sommes pas stupides. Nous avons autant de bons cerveaux chez nous que ces autres pays, et il n'y a aucune raison pour que nous ne fassions pas aussi bien.

Le sénateur Morin: Un témoin a comparu devant nous à Toronto au sujet des files d'attente et il nous a indiqué expressément que le ministre de la Santé provincial lui a interdit de divulguer publiquement tout renseignement sur les listes d'attente provinciales. Ils étaient tout à fait prêts à faire une étude des listes d'attente dans les diverses provinces et à les comparer, mais les ministres provinciaux les ont empêchés. Ce n'est pas aussi simple que cela. Il y a toutes sortes d'obstacles à tous les niveaux.

Le Dr Sinclair: Je vous laisse cet obstacle car vous êtes beaucoup plus expert que moi.

Le sénateur Fairbairn: J'aimerais poursuivre cette discussion en vous posant une question hypothétique. Supposons une personne souffrant d'une maladie très caractéristique comme le cancer — et vous avez dit qu'aujourd'hui on ne sait pas qui est devant et qui est derrière sur la liste d'attente et pourquoi — dont le médecin ou spécialiste estime qu'elle a besoin d'un certain traitement ou d'une opération. Le système, aussi bien construit que possible, dit que vous devez attendre car vous ne remplissez pas tout à fait les critères, mais que vous pouvez être assurés que votre tour viendra dans quelques mois.

Vous avez quand même un médecin qui pense honnêtement que votre cas est urgent et vous essayez de vous faire soigner à la clinique Mayo ou ailleurs aux États-Unis, mais au Canada, quelle que soit votre province, on vous dit que vous ne serez pas remboursés car le traitement est disponible au Canada. Quelle serait la situation dans le système de santé nouvellement

that there must be a change in provincial attitude towards compensation under these circumstances, or are you really in control of the system and if you wish to go and get that treatment you finance it yourself?

Dr. Sinclair: My answer right off the top of my head — and I would like to think my way through that scenario perhaps a little more deeply than I have time for — is that your idea in volume 5 of paying for an alternative, for an urgently needed problem, is a good one.

However, I would not have the government pay for it, I would have the organization that refused the service pay it in the first instance. If they say they are absolutely at capacity then I would ask that you show me that in fact that you are operating at maximum efficiency and you may well be right. In that case, I would reimburse them for the additional charge but I would not hold up the patient as a consequence.

Senator Fairbairn: That goes back to the sense of the original questions that concerned both Senator Pépin and myself. In fact, the suggestion I am making is pretty close to a real situation of which I am aware. When it comes down to that crunch you either do it under your own funding or you cannot. If you do not have the funding then that is the wall.

Dr. Sinclair: Absolutely.

Senator Fairbairn: That is a terrible wall to even contemplate.

Dr. Sinclair: I quite agree. The problem with the second tier — which we can access just south of the border — is that many do not have access for financial reasons. That is unfair and we should not allow that. I am with you.

To pursue that further, I would want the institution concerned to demonstrate that if OR time is the limiting factor and the limiting factor is that there are not enough anaesthetists, I would ask: Why are we not using nurse anaesthetists? Other countries use them; they expand the use of time. The evidence is that they are doing an excellent job. Why are we not using nurse anaesthetists in Canada? The same holds true for other categories such as rehabilitation technicians. Utilizing these categories more would make the work of physicians and others go further.

There was a good paper in the journal *Health Affairs* about two months ago that compared the primary care provided by physician assistants, nurse practitioners and primary care physicians. Data are not great, but reasonable. There was no apparent difference in the quality of care or the satisfaction of the patient concerned. The two differences that were outlined were that the physician assistants and nurse practitioners ordered fewer tests and spent more time with their patients.

Senator Cook: Do you have any statistics in regard to the cost savings that would be accrued for home care following a surgical procedure in comparison to a patient recovering in hospital?

réglementé dans ce scénario? Y aurait-il un changement dans la politique provinciale de remboursement dans ces circonstances, ou bien la personne qui voudrait ce traitement devrait-elle le financer elle-même?

Le Dr Sinclair: Ma réaction immédiate — et j'aimerais avoir un peu plus de temps pour réfléchir à ce scénario — est que votre idée, dans le volume 5, de payer pour un traitement urgent obtenu ailleurs est bonne.

Cependant, je ne ferais pas payer le gouvernement, je ferais payer l'organisation qui a refusé le service en premier lieu. Si celle-ci peut me prouver qu'elle est absolument à sa pleine capacité et a l'efficience maximale, le gouvernement lui rembourserait le montant, mais je ne ferais pas attendre le patient à cause de cela.

Le sénateur Fairbairn: Cela nous ramène aux questions initiales qui préoccupaient tant le sénateur Pépin que moi-même. En fait, le scénario que j'esquisse est très proche d'une situation réelle que je connais. Lorsqu'on est ainsi au pied du mur, soit on paye de sa poche soit on n'est pas soigné. Si on n'a pas les moyens, alors on va dans le mur.

Le Dr Sinclair: Absolument.

Le sénateur Fairbairn: C'est une situation absolument terrible.

Le Dr Sinclair: Je suis d'accord. Le problème avec le second palier — que nous trouvons juste de l'autre côté de la frontière — est que beaucoup n'y ont pas accès pour des raisons financières. C'est injuste et nous ne devons pas le tolérer. Je suis d'accord avec vous.

Dans la même veine, je demanderais à l'établissement concerné, si celui-ci me dit que le facteur limitant est le temps en salle d'opération, du fait qu'il n'y a pas suffisamment d'anesthésistes, pourquoi il n'utilise pas des infirmières anesthésistes? D'autres pays le font, ce qui permet un usage plus intensif des salles d'opération. Tout indique que ces infirmières font un excellent travail. Pourquoi n'utilise-t-on pas au Canada d'infirmières anesthésistes? La même chose vaut pour d'autres catégories telles que les techniciens en réadaptation. Utilisons davantage ces professions, ce qui libérera les médecins pour autre chose.

Il y avait un excellent article dans la revue *Health Affairs* il y a deux mois environ qui comparait les soins primaires fournis par des médecins assistants, les infirmières praticiennes et des médecins de soins primaires. Les données ne sont pas excellentes, mais raisonnables. Il n'y avait aucune différence apparente dans la qualité des soins ou la satisfaction des patients. Les deux différences signalées étaient que les médecins assistants et infirmières praticiennes demandaient moins de tests et passaient davantage de temps avec leurs patients.

Le sénateur Cook: Avez-vous des statistiques sur les économies que rapporterait le soin à domicile après une opération, comparé à la récupération à l'hôpital?

Dr. Sinclair: We do know that the hospitals have the highest rate in the system. One says intuitively that we should get people out of hospitals as quickly as possible and into home care. However, we also have examples where people were given service through home care that was more expensive than would be experienced in a hospital.

We need to collect data by class of procedure, but we also need the capacity to modify the application of those rules, if you will, by the individual. If the individual goes home to a remote community in the Avalon Peninsula, or elsewhere in Newfoundland, where homecare is really not available, then we must deal with that as an issue of care, not as a financial issue.

Frankly, I believe that if we put more investment in greater capital capacity for nursing home care and financed nursing home care on the strength of not how many bodies there are, but on the relative abilities of those people to manage daily living, we would be much better off.

Senator Cook: I should have interjected the words “appropriate home care.”

The Chairman: Dr. Sinclair, thank you for coming.

The committee adjourned.

Le Dr Sinclair: Nous savons que les hôpitaux sont ceux qui coûtent le plus cher dans le système. Intuitivement, on serait amené à dire qu'il faut sortir les patients de l'hôpital le plus rapidement possible et les soigner à domicile. Cependant, nous avons également des exemples où les soins à domicile étaient plus coûteux qu'à l'hôpital.

Il nous faut rassembler des données par catégories de procédures, mais il faut également la capacité de modifier l'application de ces règles en fonction de l'individu. Si le patient retourne chez lui dans une localité isolée de la péninsule d'Avalon, ou ailleurs à Terre-Neuve, où les soins à domicile ne sont pas disponibles, il faut traiter ce cas comme une affaire de soins et non une affaire financière.

Franchement, je pense que si l'on investissait dans une plus grande capacité à fournir des soins à domicile et finançait ces derniers non pas en fonction du nombre de corps à soigner mais de la capacité relative des patients à se débrouiller au quotidien, nous nous porterions beaucoup mieux.

Le sénateur Cook: J'aurais ajouté le terme «soins à domicile appropriés».

Le président: Merci d'être venu, docteur Sinclair.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Public Works and Government Services Canada – Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESS

Wednesday, April 24, 2002

Ontario Health Services Restructuring Commission:

Dr. Duncan Sinclair, Former Commissioner

TÉMOIN

Le mercredi 24 avril 2002

De la Commission de restructuration des services de santé (Ontario):

Le Dr Duncan Sinclair, ancien commissaire.