First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 1, 2002

Issue No. 52

Forty-ninth meeting on:

The state of the health care system in Canada

WITNESS:
(*See back cover*)

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

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 1er mai 2002

Fascicule no 52

Quarante-neuvième réunion concernant:

L'état du système de soins de santé au Canada

TÉMOIN:
(*Voir à l'endos*)

38668

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

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

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

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Published by the Senate of Canada

Available from Canada Communication Group – Publishing,
Public Works and Government Services Canada, Ottawa, canada K1A 0S9

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Publié par le Sénat du Canada

En vente: Groupe Communication Canada – Édition,
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 1, 2002
(63)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 3:50 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson and Roche (11).

Other senator present: The Honourable Senator Murray, P.C. (1).

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.)*

WITNESS:

From the Canadian Institute for Health Information:

Michael Decter, Chairman, Board of Directors.

The Chairman made a statement.

Mr. Decter made a statement and answered questions.

At 5:38 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 1er mai 2002
(63)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 50 dans la salle 705 de l'édifice Victoria sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson et Roche (11).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Murray, c.p. (1).

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

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1er mars 2001, le comité poursuit l'examen de l'étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. *(Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule no 2 des délibérations du comité.)*

TÉMOIN:

De l'Institut canadien d'information sur la santé:

Michael Decter, président, Conseil d'administration.

Le président fait une déclaration.

M. Decter fait une déclaration et répond aux questions.

À 17 h 38, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 1, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:50 p.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, we are here to start the work to be incorporated into our next volume, volume 6 on the state of the health care system, which will be issued at the end of October. This volume will take our proposals and put them into terms of what it would cost the average Canadian. Our hope is to put forward several alternative revenue-raising proposals so that Canadians will be able to engage in a debate in the context of understanding what it means to them, not only in terms of improving the quality of health care but also what it means in terms of the impact on their pocket books.

Our witness this afternoon is Michael Decter. He has been a former Deputy Minister of Health both in Manitoba and Ontario. He has written a number of books on health, including *Four Strong Winds of Change*, which was published a year ago. He is acknowledged to be one of the country's most creative thinkers about health care policy.

The fact that Mr. Decter is our witness while we have in the audience a number of students from the Forum of Young Canadians, who are here on a week-long study of government and Parliament, I think is terrific because, amongst other things, Mr. Decter is a wonderful teacher. Welcome to the students. We are delighted that you are here.

As you know, Mr. Decter, this meeting is informal in the sense that we would like you to begin with reaction to our report. Then we would like to ask you questions. Thank you very much for coming.

Mr. Michael Decter, Chairman, Board of Directors, Canadian Institute for Health Information: Thank you for the invitation. I will start by congratulating the committee on volume 5. I said this at the time of its release, so I will only take a second to reiterate: It is a very thoughtful and creative response to the dilemma in which Canada finds itself with regard to going forward in the health policy field. You have obviously picked through a great field of policy landmines and come up with something that has that great Canadian feeling of being a bit of a tapestry. It is not as pure as perhaps some of the early ideas, but it is tempered by a good deal of reality.

I should also say in my callow youth, I harboured somewhat Western abolitionist views of the Senate. Those views began to weaken as many people I respected and admired were appointed.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 1er mai 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 50 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, nous entamons aujourd'hui les travaux dont les résultats figureront dans notre prochain volume, soit le volume 6 sur l'état du système de soins de santé, qui sera publié à la fin d'octobre. Ce volume renfermera nos propositions ainsi que leur coût pour le Canadien moyen. Nous espérons pouvoir proposer plusieurs options d'accroissement des recettes de sorte que les Canadiens puissent amorcer un débat en connaissant les véritables enjeux, non seulement en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité des soins de santé, mais en ce qui concerne l'impact que la réforme aura sur leur situation financière.

Cet après-midi, notre témoin est M. Michael Decter. M. Decter a déjà été sous-ministre de la Santé au Manitoba et en Ontario. Il a rédigé plusieurs ouvrages sur la santé, notamment *Four Strong Winds of Change*, publié il y a un an. Il est reconnu comme l'un des théoriciens de la politique des soins de santé parmi les plus créatifs au pays.

Le fait que M. Decter témoigne aujourd'hui devant le comité alors que nous accueillons dans la salle plusieurs élèves du Forum pour jeunes Canadiens, qui consacrent ici une semaine à l'étude du gouvernement et du Parlement, est extraordinaire à mon avis parce que, entre autres choses, M. Decter est un merveilleux enseignant. Je souhaite la bienvenue aux élèves. Nous sommes ravis de vous accueillir.

Comme vous le savez, monsieur Decter, notre séance est informelle, en ce sens que nous aimerions que vous nous fassiez d'abord part de votre réaction à notre rapport. Ensuite, nous vous poserons des questions. Merci beaucoup d'être là.

M. Michael Decter, président, Conseil d'administration, Institut canadien d'information sur la santé: Merci de m'avoir invité. D'abord, je tiens à féliciter le comité pour le volume 5. Je l'ai dit au moment de la publication du document. Je prendrai donc seulement une seconde pour le répéter: votre travail est une réponse très réfléchie et créatrice au dilemme dans lequel se trouve le Canada en ce qui concerne l'avenir de sa politique de la santé. De toute évidence, vous avez décortiqué bon nombre des problèmes à ce chapitre et vous avez produit une merveilleuse mosaïque tout à fait canadienne. Ce n'est peut-être pas aussi pur que certaines des idées lancées au début, mais on y trouve une bonne dose de réalisme.

Je dois dire également que dans ma tendre jeunesse, j'étais en faveur de l'abolition du Sénat, comme on le préconisait dans l'Ouest. Mes opinions se sont tempérées au fur et à mesure que de

I think in the light of this excellent report, I have to collapse those views entirely. I do now see the need for a second chamber.

My understanding is that you are going to try now the hardest leg of this relay race, which is really to translate volume 5 into a volume 6 that speaks not to what should be done but how it might be done. That is a huge challenge for a number of reasons. As a committee of the Senate, you come at this from a national perspective, and a great deal of what needs to be accomplished dwells at the local or provincial level. Therefore, there is the challenge of how you reach out and influence the behaviour of people who are not directly employed or even directly funded by the Government of Canada.

I exclude from that the spheres of, for example, research, where I think you have done a superb job. I think we are getting it right in Canada. A great deal of it is within the federal sphere. Over time, if it encourages the Government of Canada to contribute more resources to health research and broaden the thrust, then that is good.

The health delivery system — which is really the big piece of this — is difficult to get at because of its scale, its inertia, the affection that Canadians have for it and the unease they have about its current level of performance. The obvious is reality that there is no shortage of views and no shortage of passion about those views in nearly any quarter. It is genuinely a minefield — not only in intellectual terms but also in stakeholder terms.

I am not inclined today to make a lengthy presentation, partly because you have undoubtedly had a great number of them. I should like to comment on some aspects of the report and then I would probably be more useful responding to questions.

Let me start with the stability of funding and the arm's length agency concept contained within principle 2. Principle 1 is important and somewhat of a given.

I have a slightly tongue-in-cheek in response to your comment that no industry can be expected to operate effectively if, from year to year, its revenue is subject to significant fluctuations beyond its control. The folks in oil and gas and mining — even the airlines — do suffer rather large fluctuations in revenue that are beyond their control. Everyone in the health care sector believes exactly what you have said, that one of the real difficulties is fluctuating funding uncertainty. Financial markets have trouble digesting uncertainty — witness the aftermath of Enron — more than they have trouble digesting single negative events. If you think of financial markets, September 11, horrible

nombreuses personnes que je respectais et admirais accédaient au Sénat. Je crois qu'à la lumière de cet excellent rapport, je dois me défaire totalement de ces opinions. Je vois maintenant le bien-fondé d'une deuxième chambre du Parlement.

D'après ce que je comprends, vous allez maintenant tenter de franchir le droit le plus difficile de cette course de relais, c'est-à-dire passer du volume 5 au volume 6, pour traiter non seulement des mesures qui doivent être prises, mais de la façon dont on pourrait procéder. C'est là un énorme défi et ce, pour diverses raisons. Le rôle qui revient à votre comité consiste à aborder la question d'un point de vue national, alors qu'une bonne partie de ce qui doit être fait se situe au niveau régional ou provincial. Par conséquent, vous devez relever le défi de trouver comment informer les gens et influer sur le comportement de ceux dont l'emploi ou même le financement ne relève pas directement du gouvernement du Canada.

J'exclus ici, par exemple, les sphères de la recherche où, à mon avis, vous avez fait un superbe travail. Je pense que nous sommes sur la bonne voie au Canada. Une bonne partie de la question relève du gouvernement fédéral. Au fil des ans, si votre travail incite le gouvernement du Canada à affecter davantage de ressources à la recherche en santé et à élargir la portée de cette recherche, alors c'est bien.

Le système de prestation de soins de santé — qui est en réalité la pièce maîtresse — est difficile à examiner en raison de sa taille, de son inertie, de l'affection que les Canadiens lui portent et du malaise qu'ils ressentent actuellement face à son niveau de rendement. De toute évidence, on se rend bien compte que ce ne sont pas les opinions qui manquent, ni la passion que le système attise, peu importe où l'on aille au Canada. Le domaine de la santé est véritablement un champ miné — non seulement sur le plan intellectuel, mais aussi pour les gens concernés.

Je n'ai pas l'intention aujourd'hui de faire un long exposé, notamment parce que vous en avez certainement entendu beaucoup d'autres. J'aimerais faire des commentaires sur certains aspects du rapport, après quoi je serai probablement plus utile en répondant à vos questions.

Permettez-moi d'aborder en premier lieu la stabilité du financement et le concept d'organisme autonome que renferme le principe no 2. Le premier principe est important et, en quelque sorte, il va de soi.

Je vais répondre avec une certaine ironie à votre commentaire voulant que l'on ne puisse s'attendre à ce qu'aucun secteur ne fonctionne de façon efficace si, d'une année à l'autre, ses recettes varient au rythme d'importantes fluctuations indépendantes de sa volonté. Les industries pétrolières, gazières et minières — même les sociétés aériennes — voient leurs recettes fluctuer passablement et ce, indépendamment de leur volonté. Tout le monde dans le secteur des soins de santé croit exactement ce que vous avez dit, à savoir que l'une des véritables difficultés, c'est l'incertitude et les fluctuations du financement. Les marchés financiers ont de la difficulté à accepter l'incertitude — qu'on

as it was, was easier for markets to recover from than Enron, which is corrosive.

We have in health care the same corrosive sense that people cannot get on with it because they are not certain whether they are about to have money taken away, money given to them or staff to be laid off or hired. We have seen some big swings in the last decade. I am sympathetic to the view that things would be better if we had greater predictability to a base level of funding upon which people can rely for a period of time, with perhaps the notion that we would have a list of projects that could be twisted up or turned down depending on the state of the public finance. There are certainly things in the health sector that need reliable funding and long-term commitments. Then, as in any sector, there are things that could be undertaken if more dollars were available at a particular point in time.

We did have, in the early days of Canadian medicare, arm's length hospital commissions and, in some cases, insurance commissions. They were folded in on the view that they were duplicative; in other words, you had the function of the department or ministry of health and you had the commission. In my Manitoba days, they were run by deputy minister. Although the commission had an independent appointed board of directors, it was on a very short arm from government because of the scale of funding. That is the biggest dilemma with an arm's length agency: Is it reasonable to consider that a provincial government would put an enterprise that constitutes 35 per cent or 40 per cent of its total spending at arm's length? It is easy to see the benefits from the health system point of view. However, it is also easy to see the public accountability argument that will inevitably be raised around provincial cabinet tables.

If you put a strong chair into a commission like that, then the minister of health's role is somewhat diminished. Maybe that is a good thing, but you need a confident minister to have a great deal of what they have to defend in the provincial assembly put at arm's length. In my experience, there is great advocacy. In fact, I had the privilege of chairing a conference wherein, in an hour of each other, former premier Bob Rae and former opposition leader Stockwell Day both advocated this particular proposal. I got in trouble for pointing out that they both said roughly the same thing, which did not seem to satisfy either of them. However, I did not make the observation that this is a view that comes more easily to people who are out of power than people who are in power.

pense ici aux répercussions de l'affaire Enron — plus qu'ils en ont à digérer des événements négatifs bien précis. Si vous pensez aux marchés financiers, ils ont récupéré bien plus facilement des suites du 11 septembre, aussi horrible fut ce jour, qu'ils ne se sont remis de l'affaire Enron, dont l'effet est corrosif.

Dans le domaine de la santé, nous éprouvons ce même sentiment destructeur que les gens ne peuvent aller de l'avant parce qu'ils ne sont pas certains s'ils sont sur le point de se faire enlever l'argent, d'en recevoir, ou encore d'embaucher du personnel ou d'en congédier. Au cours de la dernière décennie, nous avons connu d'énormes changements. Je comprends bien les gens qui croient que les choses iraient mieux si l'on pouvait mieux prévoir une base de financement sur laquelle on pourrait compter pendant un certain temps, tout en admettant peut-être qu'il faudra modifier ou oublier certains projets selon l'état des finances publiques. Dans le domaine des soins de santé, il y a certainement des choses qui nécessitent un financement fiable et des engagements à long terme. Mais alors, comme dans tous les autres secteurs, il y a aussi des choses qui pourraient être réalisées si on avait plus d'argent à un moment donné.

Au début du système d'assurance-santé au Canada, nous avions effectivement des commissions hospitalières autonomes et dans certains cas, des commissions d'assurance. On les a amalgamées parce que l'on disait qu'elles dédoublaient les efforts; autrement dit, il y avait le ministère de la Santé, et il y avait la commission. Lorsque j'étais au Manitoba, les commissions étaient dirigées par le sous-ministre. Même si la commission était dotée d'un conseil d'administration dont les membres étaient autonomes et nommés, elle était très peu indépendante du gouvernement à cause de l'ampleur du financement. C'est là le plus grave dilemme que doit affronter un organisme indépendant: est-ce raisonnable de penser qu'un gouvernement provincial puisse accorder l'autonomie à une entreprise qui gruge de 35 à 40 p. 100 de ses dépenses totales? Il est facile d'en percevoir les avantages du point de vue du système de santé. Cependant, il est également facile de prévoir que surgira inévitablement l'argument de la responsabilité publique au sein des gouvernements provinciaux.

Si la présidence d'une commission comme celle-là est confiée à quelqu'un de solide, à ce moment-là, le rôle du ministre de la Santé est quelque peu diminué. C'est peut-être une bonne chose, mais il faut un ministre très solide pour confier une large part de ce qu'il doit défendre devant une assemblée provinciale à un organisme indépendant. D'après mon expérience, il y a un gros travail de défense à faire. De fait, j'ai eu le privilège de présider une conférence où, à une heure d'intervalle, l'ancien premier ministre Bob Rae et l'ancien chef de l'opposition Stockwell Day ont tous les deux formulé cette proposition. Je me suis attiré des ennuis pour avoir fait remarquer que tous deux disaient à peu près la même chose, ce qui n'a semblé faire l'affaire ni de l'un ni de l'autre. Je n'ai toutefois pas fait remarquer que c'est là une opinion que formulent plus facilement les gens qui ne sont plus au pouvoir que ceux qui le sont.

That is a reality though. It is not the most obvious thing in the world when you are in power and you have quite a large budget, and much of your authority and prestige as a minister of health derives from that large budget, to want to give it away to an arm's length group.

I hold the view that how we fund hospitals and doctors it is more important than who sits on governance. Whether it is in close or out far, if you can get the formulas right then you can encourage the right kind of behaviour. I would certainly favour arm's length but I would underscore it may be a hard one to sell, although that does not mean it is wrong.

We regard to the federal government's role, I think it is unquestionable that the federal government, to demonstrate will, must bring some considerable financial resource to the renewal of the health system. The accord in 2000, which has not really had much publicity, was a kind of down payment on the renewal of the health system and was in the right direction in every sense. However, it needs a much more sustained effort and much stronger machinery than simply a declaration by governments that they want to go in the same direction. We can see some of the issues that are there without a more determined federal role. Exactly what form that more determined federal role should take runs right up against the federal-provincial issues, the social union framework and everything that has been done to fetter the federal power in this regard.

It is important that Quebec signed the accord in 2000. Health care is central enough that the federal spending power, despite what people may say provincially, is still powerful and quite accepted by the population. I think the federal government has some running room on the financial front.

I want to speak briefly on three other issues and then turn to questions. Health human resources are something we have done very badly in Canada. I have, for my sins, the task of chairing the Canadian Nursing Advisory Committee, CNAC, at the moment. It took me a while to work through just how wrong we got it in the 1990s. I was certainly part of getting it wrong so I bear that responsibility. In our quest for better-trained nurses, we traded quantity for quality. It was the wrong trade. We needed better-trained nurses, and I think the baccalaureate for entry to practice was a good symbolic way of saying that. We did not need to have reduced nursing school enrolments from the order of magnitude of 10,000 to about 4,000, and it has turned to be quite a disaster. The big problem is we are simply not training enough nurses in the country. We will say that more formally in our CNAC report within the month. There has been a bit of remedial movement by the provinces to move that back up by 10 per cent or 15 per cent but that does not solve the problem when you have cut the number of seats by more than half.

Mais c'est là la réalité. Il n'est pas si évident que cela, quand vous détenez le pouvoir et disposez d'un gros budget, et qu'une bonne partie de l'autorité et du prestige dont vous jouissez à titre de ministre de la Santé découle de ce gros budget, de vouloir les donner à un groupe indépendant.

Je suis d'avis que la façon dont nous finançons les hôpitaux et les médecins importe davantage que de déterminer qui exerce le pouvoir. Peu importe que ce pouvoir se situe à l'intérieur ou à l'extérieur, si les formules sont correctes, un bon comportement suivra. Certes, je favoriserais l'autonomie, mais je souligne qu'il serait difficile de rallier les gens à cette option, bien que cela ne veuille pas dire qu'elle est mauvaise.

En ce qui concerne le rôle du gouvernement fédéral, je pense qu'il ne fait aucun doute que celui-ci, pour faire preuve de sa volonté, doit apporter une importante contribution financière à la réforme du système de santé. L'accord conclu en 2000, qui n'a pas trouvé un large écho, était une sorte d'acompte pour le renouvellement du système de santé et à tous les égards, il était orienté dans la bonne direction. Cependant, il faut un effort bien plus soutenu et un mécanisme bien plus solide qu'une simple déclaration des gouvernements disant qu'ils veulent prendre la même voie. On voit certains des problèmes qui existent alors que le gouvernement fédéral ne joue pas un rôle plus déterminant. Décider quelle forme au juste doit prendre le rôle du gouvernement fédéral va tout à fait à l'encontre des enjeux provinciaux, du cadre de l'union sociale et de tout ce qui a été fait pour entraver le pouvoir fédéral à cet égard.

Il est important que le Québec signe l'accord de 2000. Le secteur des soins de santé est suffisamment crucial pour que le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral, peu importe ce qu'en pensent les provinces, soit encore assez important et bien accepté par la population. Je crois que le gouvernement fédéral dispose d'une certaine marge de manœuvre sur le plan financier.

J'aimerais aborder brièvement trois autres enjeux et ensuite, nous passerons aux questions. Les ressources humaines du secteur de la santé constituent un domaine dont nous nous sommes très mal occupés au Canada. En rémission de mes péchés, j'ai pour tâche actuellement de présider le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI). J'ai mis pas mal de temps à comprendre les erreurs que nous avons commises dans les années 90. J'en suis probablement en partie responsable, j'en assume donc la responsabilité. Dans notre quête d'infirmiers et d'infirmières mieux formés, nous avons délaissé la quantité au profit de la qualité. Mauvais choix. Nous avions besoin d'infirmiers et d'infirmières mieux formés, et je pense que le baccalauréat imposé pour entrer dans la profession était une bonne façon symbolique de le dire. Or, il n'était pas nécessaire de ramener le nombre d'inscriptions dans les écoles de nursing de 10 000 à environ 4 000, ce qui s'est avéré tout à fait désastreux. Le gros problème, c'est qu'actuellement, nous ne formons pas suffisamment d'infirmiers et d'infirmières au pays. Nous allons le dire plus officiellement dans le rapport du CCCSI qui sera publié d'ici un mois. Les provinces ont un peu rectifié le tir en augmentant le nombre de ces inscriptions de 10 p. 100 ou 15 p. 100, mais cela ne règle pas le problème quand on a réduit le nombre d'inscriptions de plus de la moitié.

The argument that this is all part of a global nursing shortage, that this goes to the issue of women not wanting to go into nursing because they can now go into law, medicine and other careers that were not as open to them several decades ago, does not stand scrutiny. Every one of those 4,400 nursing seats is sought after by between three and 15 applicants, depending on the location in the country.

If I had to pick one piece of the health human resources aspect that seems to cry out for a straightforward answer, there are many men and women in Canada who want to be nurses. There is a huge need for them. This is evidenced not only by the absolute shortage, but also by the overtime hours that nurses are working and the heavy accident and illness absenteeism. In the nursing workforce, we lose one week more than we lose in the rest of the Canadian labour force. That is, nurses lose on average three weeks a year to accident and injury, while the rest of the Canadian workforce, even those in mining and forestry, lose on average two weeks.

We have too few nurses and we are burning them out. We have gone to an industrial model were many nurses in Calgary and Edmonton, with their overtime, are making $100,000 a year. The difficulty is they are not lasting because the amount of time they are working is causing them to not see through a career but to burn out, and the level of patient care suffers in those circumstances. This is not an auto plant where if someone works too many hours maybe the wheel does not get bolted or someone gets a car with a rattle. These are human beings.

We made some errors in the physician field as well. We reduced enrolments in the early 1990s and, again, I was part of that. We did not make the other changes that we were supposed to make as part of the Barer-Stoddart policy thrust. We did not reform primary care, so we now have a physician shortage. It is not as readily solvable as the nursing shortage because the training times are much longer. We are starting to see some progress there.

I know the Government of Canada through HRDC is funding two large studies. To paraphrase David Sackett, you do not need a double blind, random clinical trial to apply common sense. Common sense would say we need more nurses in this country and we need them urgently. I weighed in on that, which segues to primary care. I know if I say this that someone will quote it and it will be a mistake.

I was speaking at Queen's University on Saturday and Ruth Wilson, who is heading up the primary care reform in Ontario, was chairing the panel and Duncan Sinclair, who headed up the

L'argument voulant que tout cela fasse partie d'une pénurie d'infirmières à l'échelle mondiale, que c'est lié au fait que les femmes ne veulent pas aller en nursing parce qu'elles peuvent maintenant faire carrière en droit, en médecine ou ailleurs dans des domaines qui ne leur étaient pas ouverts il y a plusieurs décennies, eh bien cet argument-là ne tient pas. Chacune de ces 4 400 places en nursing fait l'objet de trois à 15 demandes, selon l'endroit au pays.

Si je devais choisir un volet de l'aspect des ressources humaines en santé qui semble nécessiter une réponse directe, je dirais qu'il y a beaucoup d'hommes et de femmes au Canada qui veulent devenir infirmiers et infirmières. Le besoin est énorme. À preuve, non seulement la pénurie absolue, mais les heures supplémentaires que font les infirmiers et les infirmières et le fort taux d'absentéisme pour cause d'accident et de maladie. Chez les infirmiers et les infirmières, on perd une semaine de travail de plus que dans le reste de la population active canadienne. C'est-à-dire que les infirmiers et infirmières perdent en moyenne trois semaines de travail par année à cause d'accidents et de blessures alors que le reste de la population active au Canada, même les gens qui travaillent dans le secteur minier et forestier, perdent en moyenne deux semaines.

Nous n'avons pas assez d'infirmiers et d'infirmières et nous sommes en train de les brûler. Nous avons adopté un modèle industriel selon lequel de nombreux infirmiers et infirmières de Calgary et d'Edmonton, avec leurs heures supplémentaires, gagnent 100 000 $ par année. Le problème, c'est que nous les perdons parce qu'à cause du temps qu'ils travaillent, ils ne se rendent pas en fin de carrière mais ils s'épuisent, et dans ces circonstances, ce sont les soins aux patients qui en souffrent. Il ne s'agit pas d'une usine de construction d'automobiles où, si quelqu'un travaille trop d'heures, il pourrait y avoir une roue non boulonnée ou quelqu'un qui héritera d'une voiture cliquetante. Ce sont des êtres humains.

Nous avons commis certaines erreurs avec les médecins également. Nous avons réduit les inscriptions en médecine au début des années 90 et là encore, j'en suis en partie responsable. Nous n'avons pas apporté les autres changements que nous avions prévu apporter dans le cadre de la politique Barer-Stoddart. Nous n'avons pas réformé les soins primaires, de sorte que nous avons aujourd'hui une pénurie de médecins. Cette pénurie ne peut se régler aussi rapidement que celle des infirmières parce que les délais de formation sont beaucoup plus longs. Nous commençons à entrevoir certains progrès à cet égard.

Je sais que le gouvernement du Canada, par l'entremise de DRHC, finance actuellement deux grandes études. Pour reprendre ce que disait David Sackett, il n'est pas nécessaire de faire un essai clinique à double insu pour faire preuve de bon sens. Le bon sens veut que nous ayons besoin de plus d'infirmiers et d'infirmières au Canada et que ce besoin est urgent. J'ai eu une influence sur cela, qui touche les soins primaires. Je sais que si je dis cela, quelqu'un va me citer et que ce sera une erreur.

J'ai prononcé un discours à l'université Queen's samedi; Ruth Wilson, qui est en charge de la réforme des soins primaires en Ontario, présidait le groupe de discussion et Duncan Sinclair, qui

restructuring of the hospitals in Ontario, was sitting in the audience. I said, "You know, Ruth, you have a far harder job than Duncan did." When you restructure hospitals, you have boards and management. If you order two hospitals to merge, people will talk about how best to merge and, in some cases, whether to fight it or not. There is actually a management structure to get it done.

a dirigé la restructuration des hôpitaux en Ontario, était dans la salle. J'ai dit:Vous savez, Ruth, vous avez un travail beaucoup plus difficile à faire que celui qu'a fait Duncan. Lorsque vous restructurez les hôpitaux, vous devez tenir compte des conseils d'administration et de la direction. Si vous ordonnez la fusion de deux hôpitaux, les gens vont discuter des meilleurs moyens de procéder à cette fusion et, dans certains cas, vont se demander s'ils doivent s'y opposer ou non. En fait, il existe une structure de gestion pour y arriver.

When you think about Canadian physicians — particularly family physicians in solo practice —they are run off their feet. My younger brother is a family doctor in Brandon, Manitoba. He puts in long hours and does not have a big appetite to go to meetings to talk about whether he should merge with half a dozen other family doctors. It is not entirely in their nature and in their training.

Quand on pense aux médecins canadiens — surtout aux médecins de famille en pratique isolée — ils sont submergés de travail. Mon jeune frère est médecin de famille à Brandon, au Manitoba. Il travaille de longues heures et n'a pas tellement le goût d'assister à des réunions pour discuter s'il devrait fusionner avec une demi-douzaine d'autres médecins de famille. Ce n'est pas véritablement dans la nature ni dans la formation de ces gens-là.

You have an issue on primary care reform. I will regret saying this later, but it is like trying to collectivize farms on a voluntary basis. The solo-practice family doctor has many of the characteristics, both good and bad, of the Prairie farmer. He has a terrific streak of independence and a huge capacity for hard work, but a genuine reluctance to be at risk in a partnership.

Vous allez aborder la question de la réforme des soins primaires. Je vais regretter plus tard de l'avoir dit, mais c'est comme essayer d'amener les agriculteurs à collectiviser leurs fermes volontairement. Le médecin de famille qui pratique seul dans son cabinet affiche nombre des caractéristiques, bonnes et mauvaises, de l'agriculteur des Prairies. Il est extrêmement indépendant et dispose d'une énorme capacité de travail, mais il a aussi une véritable aversion pour le risque du partenariat.

When I grew up, there were endless schemes on the Prairies to get farmers to share combines and tractors. It seemed foolish to every economist who looked at it, as each farmer had more equipment than necessary, but no one wanted to miss the harvest. They did not want to be caught without the ability to bring in their crops.

Lorsque j'ai grandi, nombre de projets dans les Prairies visaient à amener les agriculteurs à partager les machines et les tracteurs. Cela paraissait ridicule aux yeux de tous les économistes qui examinaient la question que chaque agriculteur ait plus d'équipement que nécessaire, mais personne ne voulait manquer la récolte. On ne voulait pas être pris de court et incapable de faire sa récolte.

Without flogging this analogy too hard, we have tried for 40 years to bring about reform in primary care. We have had modest impact. This requires a great deal of effort to be done, but it is the right thing to do. We would be far better off with the primary care system that you envisage, although you are vague about exactly what it will look like.

Sans pousser l'analogie trop loin, nous avons tenté pendant 40 ans de réformer les soins de santé primaires. Nous avons connu des succès modestes. Cela nécessite beaucoup d'efforts, mais c'est la bonne chose à faire. Nous serions beaucoup mieux si nous disposions du système de soins primaires que vous envisagez, même si vous ne précisez pas exactement ce dont il s'agirait.

I am sure you have had advocacy from a number of groups about whether it should be physician led, multidisciplinary, or nurse led. I concur with your view that there are many workable models. The single biggest thing is to move from a model that cannot really work any more — which is solo practice — to groups. Those groups could have many configurations. There is not a single correct model.

Je suis sûr que vous avez eu des conseils de plusieurs groupes quant à savoir si la réforme devrait être menée par des médecins, des infirmières, ou s'il devrait s'agir d'une réforme multidisciplinaire. Je suis d'accord avec vous pour dire qu'il y a de nombreux modèles réalisables. Le plus difficile, c'est de passer d'un modèle qui ne peut plus véritablement fonctionner — c'est-à-dire la pratique isolée — à un modèle collectif. Les groupes pourraient avoir de nombreuses configurations. Il n'y a pas qu'un seul bon modèle.

Health reform faces several challenges. First, if you do not have something more robust at the first level people encounter in the system, they will walk right through to the more intensive, difficult and crowded parts of the system. Second, much of what an aging population needs to stay healthy is advice. They need to talk to someone; they do not necessarily need another three prescriptions. Yet many of our medical appointments involve

La réforme de la santé comporte plusieurs défis. Premièrement, si vous n'avez pas quelque chose de plus solide au premier niveau, où les gens arrivent dans le système, ils iront immédiatement aux niveaux plus intensifs, plus difficiles et plus embourbés du système. Deuxièmement, pour que la population vieillissante demeure en santé, ce dont elle a souvent le plus besoin, c'est de conseils. Les gens ont besoin de parler à quelqu'un. Ils n'ont pas

prescriptions being written because there is both an expectation and a ritual to it.

Smoking cessation is something else that is helpful to people's health. Apart from a family doctor telling a patient that smoking will kill him, there is no capacity in the way we have organized the system to really have an impact on that health risk at the primary care level.

Looking at other countries, you can see them starting to make some ground on primary care reform. We must think about how. It may be worth thinking about changes in the Canada Health Act or in the funding. What we have by insuring physician services is a very powerful system that is very hard to change, even for the medical leadership who see the vision of a different health system. It is very hard to alter fee-for-service because it is parallel to the way other professionals, lawyers and accountants, are paid. It is bound up with notions of independence.

There are parts of this that are already on the right path, such as research.

Changing primary care could do a great service to the nation, if you can elaborate it and walk down the logic trail of how you incent the change. It will have a different flavour in different parts of the country. Some parts of the country have made great strides in this direction. When I lived in Montreal, I had excellent service from a CLSC. Quebec moved on part of this issue back as early as the 1960s. Other parts of the country have not moved very far at all.

Finally, on Aboriginal health, which is a federal jurisdiction, something more dramatic is called for. Our Aboriginal people have a life expectancy almost exactly 10 years less than the rest of the population. That is a stunning indictment of our approach on this issue over a long period of time.

This could be dealt with in one of two ways. It could be devolved to the provinces. That would have the virtue of being better integrated. It would need a funding mechanism that the provinces were willing to take seriously, and it would need the support of the Aboriginal leadership, who may be reluctant to lose their access to the federal government and, frankly, the federal Treasury.

The other way to go would be to have a federal minister of Aboriginal health. Let us have the kind of political accountability we have provincially, and have a separate ministry with an action plan. For example, over a generation, the goal could be to make the life expectancy of our Aboriginal population very much closer to, or the same as, the rest of the population.

nécessairement besoin de trois autres ordonnances. Pourtant, dans bien des cas, lors de leur visite chez le médecin, on leur donne une ordonnance parce que d'une part, ils s'y attendent, d'autre part, cela fait partie d'un certain rituel.

Cesser de fumer, voilà autre chose d'utile pour la santé des gens. Mis à part le fait que le médecin de famille dise à un patient que la cigarette va le tuer, il est impossible dans le système, tel qu'il est actuellement structuré, d'avoir véritablement un impact sur ce risque pour la santé au niveau des soins primaires.

Si vous regardez les autres pays, vous constaterez que certains d'entre eux ont commencé à gagner du terrain en matière de réforme des soins primaires. Nous devons réfléchir à la façon de le faire. Il pourrait être bon de songer à modifier la Loi canadienne sur la santé ou le financement des soins de santé. Ce que nous donne l'assurance des services d'un médecin, c'est un système très puissant qui est très difficile à changer, même pour les dirigeants du corps médical qui ont une vision différente du système de santé. C'est très difficile de modifier le système de rémunération à l'acte parce que c'est semblable à la façon dont d'autres spécialistes, avocats et comptables, sont rémunérés. Le système est relié à certaines notions d'indépendance.

Cependant, certains volets vont dans la bonne direction, comme la recherche.

Changer les soins de santé primaires pourrait être très avantageux pour le pays, si on peut en préciser les tenants et les aboutissants et qu'on peut voir comment, de façon logique, on peut favoriser le changement. Bien sûr, cela prendra une couleur différente dans différentes régions du pays. Certaines ont fait d'énormes progrès en ce sens. Quand je vivais à Montréal, j'ai déjà eu un excellent service d'un CLSC. Au début des années 60, le Québec s'est attaqué à la question. D'autres régions du pays n'ont pas beaucoup progressé.

Enfin, en ce qui concerne la santé des Autochtones, laquelle relève de la compétence du gouvernement fédéral, des mesures plus urgentes s'imposent. Nos Autochtones ont une espérance de vie inférieure de presque exactement 10 ans à celle du reste de la population. Cela remet rudement en cause notre approche à l'égard de cette question sur une longue période.

Le problème pourrait se régler de l'une ou l'autre des deux façons suivantes. La compétence pourrait être confiée aux provinces. Cela aurait le mérite d'une meilleure intégration. Il nous faudrait un mécanisme de financement que les provinces acceptent d'aborder avec sérieux, et il faudrait le soutien des leaders autochtones qui sont peut-être hésitants à perdre leur accès au gouvernement fédéral et, en toute franchise, au Trésor fédéral.

L'autre façon serait d'avoir un ministre fédéral responsable de la santé des Autochtones. Dotons-nous du type de responsabilité politique que nous avons à l'échelle provinciale, et ayons un ministre distinct qui a un plan d'action. Par exemple, sur une génération, l'objectif pourrait être de faire en sorte que l'espérance de vie de notre population autochtone soit beaucoup plus près que celle du reste de la population, voire la même.

Although I do not have data to support it — I hope to in the near future — I would be willing to guess that the gradient across Aboriginal communities is quite steep. Those communities that have had economic development will have a life expectancy that is a good deal better than the worse off communities. I am certain those Aboriginal people who had higher education will also exhibit a life expectancy much nearer their professional peers than from the communities from which they came. You have looked at this and the numbers are well known.

This issue has always been an orphan inside the Government of Canada. It is huge in dollar terms. With a population of half a million, it is larger than some of the provinces and the spending is on a par with several of the smaller provinces. I know you speak to it. In the era of self-government, these issues need to have the full participation of the Aboriginal leadership to be legitimate.

I would like to see someone clearly tasked and be held accountable for the job of improving the health of the Aboriginal population. I know there comes a time in the life of governments where people look for legacies. This one cries out for the investment of both time and resources to really change it. It should be a national embarrassment that we know so much about what causes ill health, we spend so many resources treating it, and yet we have made so little ground on reversing the root causes, despite much study.

There is a point of credibility with the provinces if the federal government takes a determined role in leading change in the broad healthcare system, as I think the people of Canada want it to do. This is putting one's own house in order as the Government of Canada. It would be a good thing to do, not just for that reason, but also on its merit.

I know I have done an injustice to your report, but if I were to comment on all of it, you would not have any time for questions. I will stop here and say I am overwhelmingly in support of the directions you propose, and of the view that your challenge is to figure out how to translate those into concrete plans that are implementable and achievable.

The Chairman: You made the observation that how we fund hospitals and doctors is absolutely critical. Your words were to the effect of "we have to get the incentives right." Our proposal vis-à-vis hospitals is that we move to a service-based funding system, or fee-for-service funding system for hospitals, and away from the current global budget, on the grounds that it provides an incentive both for hospitals and for other institutions to enter from a competitive standpoint. Could I hear your comment on that specific proposal, but more generally, on what are the right set of incentives for hospitals and doctors?

Même si je n'ai pas les données à l'appui — j'espère les avoir bientôt — je dirais que le gradient dans les collectivités autochtones est assez marqué. Les collectivités qui ont connu un développement économique auront une espérance de vie qui est de beaucoup supérieure à celle des collectivités les plus mal en point. Je suis certain que les Autochtones qui ont fait des études plus poussées auront aussi une espérance de vie bien plus proche de celle de leurs homologues professionnels que de celle de leur collectivité d'origine. Vous avez examiné cette question et les chiffres sont très bien connus.

Ce problème n'a jamais eu de porte-parole au sein du gouvernement du Canada. Les sommes en cause sont énormes. La population autochtone se chiffrant à un demi-million, elle dépasse celle de certaines provinces et les dépenses se comparent à celles de plusieurs des petites provinces. Je sais que vous en parlez. En cette ère d'autonomie gouvernementale, il faut la pleine participation des leaders autochtones pour légitimer ces problèmes.

J'aimerais bien que quelqu'un ait un mandat clair et qu'il soit responsable de l'amélioration de la santé de la population autochtone. Je sais qu'à un moment donné dans la vie des gouvernements, les gens s'attendent à ce qu'ils laissent certaines choses en héritage. Dans ce cas, il faut investir et du temps et des ressources pour véritablement changer les choses. C'est toute la nation qui devrait avoir honte d'avoir réalisé si peu de progrès quant aux causes fondamentales du problème, malgré de nombreuses études, alors que nous connaissons tellement de choses sur les causes d'une mauvaise santé, que nous dépensons tellement de ressources à traiter les gens.

Si le gouvernement fédéral décide de jouer un rôle déterminant et d'assumer la direction du changement dans l'ensemble du système de soins de santé, comme la population canadienne le souhaite à mon avis, il doit asseoir sa crédibilité auprès des provinces. C'est dire que le gouvernement du Canada doit mettre de l'ordre dans ses affaires. Ce serait une bonne chose, pas seulement pour cette raison, mais aussi en soi.

Je sais que j'ai été injuste à l'égard de votre rapport, mais si je devais faire des commentaires sur tout ce qu'il contient, vous n'auriez pas le temps de me poser des questions. Je vais donc m'arrêter ici et dire que j'appuie sans réserves les orientations que vous proposez, et que je pense que votre défi consiste maintenant à voir comment traduire vos idées en des plans concrets susceptibles d'être mis en œuvre et réalisés.

Le président: Vous avez dit que la façon dont nous finançons les hôpitaux et les médecins est absolument cruciale. Vous avez dit qu'il faut avoir les bonnes mesures incitatives. Concernant les hôpitaux, nous proposons d'adopter un système de financement axé sur le service, ou un système de financement à l'acte pour les hôpitaux, et de délaisser le système actuel de budget global, parce que la concurrence pourrait s'avérer une mesure incitative tant pour les hôpitaux que pour les autres établissements. Que pensez-vous de cette proposition en particulier, mais de façon plus générale, quelles sont, à votre avis, les bonnes mesures incitatives pour les hôpitaux et les médecins?

Mr. Decter: We are only in the position with regionalization to actually do this because I think you need broader governance, which leaves Ontario as a bit of a dilemma.

The Chairman: At every conference I go to with groups of the medical profession on the question of regionalization, they refer to Ontario as the control group.

Mr. Decter: Ontario, despite Duncan Sinclair's best efforts, took the placebo a bit in this. To be fair, in those parts of Ontario where there is a single broad hospital organization on a geography, you are not terribly far off. If you bring the hospital together with the District Council, which does planning, and the Community Access Centre, which purchases home care, you can construct something — and some communities have — that is a virtual regional delivery system.

First, population density is underrated as a factor in the ability to implement an internal market. It is one of the hazards of the European experience brought to Canada. Purchaser/provider splits work well where you have enough density of population and enough density of providers to have some competition.

Therefore, we can say, "Sunnybrook Health Science Centre, you are doing a great job of hips," or, "Sorry, University of Health Network, you are not doing such a great job." We would do more hips at Sunnybrook on a cost-quality basis.

However, if you have a single hospital in Sudbury, you have some issues. You can certainly measure how they are doing, but it is not clear to me that the end game works necessarily in areas of low population density. Some theorists will argue that you can make it work.

We have two realities in Canada. We have a good portion of the population, perhaps 70 per cent, living in a handful of big cities where I think this model can work very well. The competition could be virtuous in terms of driving a better price and quality point over time. In the rest of it, you need strategies to have enough service there to meet the needs. It is not a matter of competition. It is more a matter of stability of funding and strategies to allow providers to actually locate.

The right way of funding hospitals, in my view, is to fund them for what they do, for what they actually accomplish in outcome terms. We do not have the data to support it so for the moment, I think we are still at a combination of some funding for them being there, because they have plant costs and they should be efficient at that. The Sinclair Commission did dig in to some of those costs. The real incentive funding should be for their effectiveness at

M. Decter: Nous ne pouvons réaliser cela qu'avec la régionalisation, parce que je pense qu'il faut plus de pouvoirs pour y arriver, ce qui laisse l'Ontario un peu dans un dilemme.

Le président: À toutes les conférences auxquelles j'assiste avec des groupes de la profession médicale sur la question de la régionalisation, on dit que l'Ontario a pris les devants.

M. Decter: L'Ontario, malgré que Duncan Sinclair ait déployé ses meilleurs efforts, a plutôt eu droit au placebo dans cet essai. À vrai dire, dans les régions de l'Ontario où il n'y a qu'un seul gros hôpital dans un secteur donné, on n'est pas tellement loin du compte. Si on intègre l'hôpital au conseil de district, qui fait la planification, et au centre d'accès communautaire, qui achète les soins de santé, on peut construire quelque chose qui ressemble à un système de prestation de soins à l'échelle régionale — et c'est ce qu'ont fait certaines collectivités.

Premièrement, on n'accorde pas assez d'importance à la densité de la population comme facteur influant sur la capacité de mettre en œuvre un marché interne. C'est là un des dangers de l'expérience européenne transposée au Canada. La répartition du travail entre l'acheteur et le fournisseur se fait bien si la densité de population est suffisante et s'il y a suffisamment de fournisseurs pour qu'il y ait concurrence.

Ainsi, on peut dire au Sunnybrook Health Science Centre qu'il fait un travail extraordinaire en ce qui a trait au remplacement des hanches, ou encore au University of Health Network: Désolé, votre travail n'est pas tellement bon. On pourrait faire plus de remplacements de hanches au Sunnybrook en tenant compte et des coûts et de la qualité du service.

Cependant, si vous avez un seul hôpital à Sudbury, cela cause des problèmes. Vous pouvez certainement mesurer le rendement de cet hôpital, mais pour moi, il n'est pas clair qu'en bout de ligne, cela puisse nécessairement fonctionner dans des régions à plus faible densité de population. Certains théoriciens diront qu'on peut y arriver.

Nous avons deux réalités au Canada. Une bonne partie de notre population, peut-être 70 p. 100, vit dans une poignée de grosses villes où ce modèle peut très bien fonctionner, je pense. La concurrence pourrait permettre d'obtenir un meilleur prix et des soins de plus grande qualité avec le temps. Ailleurs, il faudrait adopter des stratégies permettant d'avoir suffisamment de services pour répondre à la demande. Ce n'est pas une question de concurrence. C'est plus une question de stabilité du financement et de stratégies pour permettre aux fournisseurs de les donner au bon endroit.

À mon avis, la bonne façon de financer les hôpitaux, c'est de les financer pour ce qu'ils font, pour les résultats qu'ils obtiennent. Nous n'avons pas les données nous permettant d'appuyer cette façon de faire de sorte que pour l'instant, je pense que nous en sommes encore à une combinaison de financement pour les hôpitaux parce qu'ils doivent assumer des coûts d'immobilisations et qu'ils doivent être efficaces. La

providing the procedures for delivering the patient days, for delivering the cardiac surgeries — whatever the list.

The Chairman: We have service-based funding.

Mr. Decter: I think service-based funding is the right way with a couple of caveats. You must have a system that is well enough documented and data strong enough you do not get gamed. There is a great deal of evidence of gaming south of the border. As you will remember, a major hospital chain in the U.S. — HCA Columbia — was litigated by the government of the United States for cheating them to the tune of hundreds of millions, if not billions of dollars, by having their thumb on the scale on the coating.

You need a system that is honest, if you want that to work. We have quite a political system at the moment. You need high quality data. You need independence because if the game is not seen to be fair, you will get real resistance from it.

It is striking that the distribution of money amongst hospitals in Ontario is one of the most stable things in the whole world of health care over time. There is a great deal of push to letting a system be driven on service-based funding. There are some issues with the academic-based medical centres that need attention. I do think it is in the right direction.

If and when you get primary care groups that are robust enough, I think they can be purchasers — as they have in the U.K. — for some level of service. This is a fairly long process to get to from your stages, phases one to three.

The Chairman: We talked in the order of a decade.

Mr. Decter: In terms of funding physicians, I do not believe that that fee-for-service is the root of all evil in medicine. It is a good way to pay for procedure-based medicine. I would not like to see our general surgeons ever taken off fee-for-service. It is not a great way to pay for primary care.

The Chairman: Which is a distinction we made.

Mr. Decter: Much of the fee-for-service that goes into the hospitals gets laundered through practice plans. You have the department head negotiating with a new recruit around the package. Although the money may come into the practice plan fee-for-service, it often does not go out of it on that basis. There is a management structure, which is why I think we are in far better shape for those hospital-based specialists being able to make some change than we are with the community-based specialists and family practitioners.

Commission Sinclair a effectivement examiné certains de ces coûts. En ce qui a trait au financement, la véritable mesure incitative pour les hôpitaux devrait porter sur leur efficacité à appliquer les procédures adéquates pour offrir les soins nécessaires aux patients, pour offrir les chirurgies cardiaques nécessaires, peu importe la liste.

Le président: Nous avons un financement axé sur le service.

M. Decter: Je pense que le financement axé sur le service est la bonne façon de faire, mais assorti de quelques conditions. Il faut avoir un système qui soit suffisamment documenté et soutenu par des données suffisamment fiables pour ne pas se faire avoir. Il y a beaucoup de preuves qu'on se fait jouer au sud de la frontière. Vous vous souviendrez qu'un grand hôpital aux États-Unis, le HCA Columbia, a fait l'objet d'un litige de la part du gouvernement des États-Unis pour avoir réclamé en trop des centaines de millions de dollars, voire des milliards de dollars, en gonflant les réclamations.

Il faut un système qui soit honnête si l'on veut qu'il fonctionne. Notre système politique est assez bon pour l'instant. Il nous faut des données de grande qualité. Il nous faut l'indépendance parce que si les règles du jeu ne sont pas perçues comme étant équitables, on fera face à beaucoup de résistance.

Il est frappant de voir que la répartition de l'argent entre les hôpitaux de l'Ontario est l'une des choses les plus stables que tout le monde de la santé connaît depuis des années. Beaucoup réclament un système dont le financement serait axé sur le service. Certains problèmes relevés dans les centres médicaux universitaires requièrent notre attention. Je pense vraiment que l'on s'oriente dans la bonne direction.

Si l'on a un jour des groupes de soins de santé primaires suffisamment solides, je pense qu'ils pourraient être des acheteurs — comme c'est le cas au Royaume-Uni — de certains services. Passer des phases un à trois que vous décrivez peut être un processus assez long.

Le président: Nous avons parlé d'une décennie environ.

M. Decter: En ce qui a trait à la rémunération des médecins, je ne crois pas que la rémunération à l'acte soit la cause de tous les maux en médecine. C'est une bonne façon de rémunérer une médecine fondée sur les interventions. Je n'aimerais pas voir nos chirurgiens généralistes rémunérés autrement. Mais ce n'est pas une bonne façon de payer dans le domaine des soins primaires.

Le président: Distinction que nous avons faite.

M. Decter: Une bonne partie de la rémunération à l'acte qui va dans les hôpitaux disparaît au profit des plans de pratique. Prenez, par exemple, un chef de département qui négocie avec une nouvelle recrue au sujet de son salaire. Bien que l'argent puisse entrer dans les budgets pour payer le plan de pratique des services rémunérés à l'acte, souvent, il sert à autre chose. Il y a une structure de gestion, et à mon avis, c'est la raison pour laquelle nous avons de bien meilleures possibilités d'apporter certains changements avec les spécialistes qui travaillent dans les hôpitaux que nous n'en avons avec les spécialistes au sein des collectivités et les médecins de famille.

Senator LeBreton: On the issue of primary care reform, there are areas of the country where some models are working. In the smaller centres, especially, there seems to be a little more desire to work in primary care teams. We will meet a lot of resistance. You talked about doctors being bound up in their own independence.

What could we do to encourage individual doctors who have large practices with walls of files operating independently to get involved in some kind of primary care team set-up?

Mr. Decter: First, one of the targets I would focus on is new doctors entering practice. Half of the new doctors entering practice are women. The survey data I have seen suggest that doctors who are entering practice or have entered in the past five or seven years are more interested in having a predictable compensation deal. That is, they would far rather have an income, a bonus, car, predictable holidays and benefits. They are not wedded to the notion that fee-for-service somehow attacks their professional autonomy or independence. The views of the PARA organization in Ontario, which represents interns and residents, are in a different place than the Ontario Medical Association, which has been tiptoeing towards reform and has had some courageous leadership. However, they often shoot their courageous leaders.

One strategy would be to present a credible, attractive package to new doctors entering family practice to go into groups, to go into a reform primary care model. It sounds as though it will take decades, but at least we would be starting.

In terms of ones that are already in, you put your finger on it very directly when you said "a roomful of paper files." I had occasion to go back to my hometown of Winnipeg and visit my father's old clinic, the Manitoba Clinic, which houses some 60 or 70 specialists. The patient chart room was the most familiar in that it had not changed at all. There were still paper files with no automation.

I think bribery is in order in this particular sphere. I would bribe the doctors to convert. It is in everyone's interest that they do so. Once the information is in an electronic form, there are many things that one can do with it — including things of which you might not immediately think.

Many doctors are inclined to participate with their patients in clinical trials. It makes them feel connected to innovation in medicine. It makes them feel connected to progressive change. That is much easier to do if your patient practice is automated.

Le sénateur LeBreton: En ce qui a trait à la réforme des soins primaires, il y a des régions du pays où certains modèles fonctionnent. Dans les petits centres en particulier, on semble beaucoup plus désireux de travailler en équipes de soins primaires. Nous allons faire face à beaucoup de résistance. Vous avez parlé des médecins qui sont enlisés dans leur indépendance.

Que pourrions-nous faire pour inciter certains médecins qui ont de grosses pratiques, des murs remplis de dossiers et qui travaillent de façon indépendante à s'impliquer dans la composition d'équipes de soins primaires?

M. Decter: Premièrement, l'une des premières cibles que je viserais, ce sont les nouveaux médecins qui entrent dans la pratique. La moitié d'entre eux sont des femmes. Les données de sondage que j'ai en ma possession indiquent que les médecins qui entament leur pratique ou qui l'ont entamée au cours des cinq ou sept dernières années sont plus intéressés par une entente de rémunération prévisible. Cela veut dire qu'ils aimeraient bien mieux avoir un revenu, une prime, une voiture, des vacances prévues et des avantages. Ils ne croient pas nécessairement que la notion de rémunération à l'acte mine en quelque sorte leur autonomie ou leur indépendance professionnelle. L'organisation PARA en Ontario, qui représente les internes et les résidents, a une opinion différente de celle de l'Association médicale de l'Ontario, qui avance à petits pas vers la réforme et qui a pourtant connu des leaders courageux. Cependant, les leaders qui font preuve de courage sont souvent mis au ban de l'Association.

On pourrait adopter comme stratégie de présenter un ensemble de mesures crédibles et attrayantes aux nouveaux médecins qui entrent en pratique familiale pour les inciter à aller dans des groupes, pour qu'ils adoptent un modèle de réforme des soins primaires. Cela peut sembler pouvoir prendre des décennies, mais au moins nous aurions un point de départ.

En ce qui a trait à ceux qui sont déjà dans le système, vous mettez vraiment le doigt sur le bobo quand vous dites que le médecin a une pleine pièce de dossiers. J'ai eu l'occasion de retourner dans ma ville natale de Winnipeg et de visiter l'ancienne clinique de mon père, la Manitoba Clinic, où travaillent quelque 60 ou 70 spécialistes. La salle de dossiers des patients était celle que je reconnaissais le mieux, en ce sens qu'elle n'avait pas du tout changé. Il y avait encore plein de dossiers papier et aucune automatisation.

Je pense que dans ce domaine, on devrait soudoyer les médecins. Je leur offrirais de l'argent pour qu'ils informatisent leur système. C'est dans l'intérêt de tout le monde qu'ils le fassent. Une fois l'information sous format électronique, on peut l'utiliser de multiples façons, y compris de certaines manières auxquelles on ne pense même pas maintenant.

De nombreux médecins sont désireux de participer à des essais cliniques avec leurs patients. Ils se sentent ainsi rattachés à l'innovation en médecine, branchés sur le changement. C'est beaucoup plus facile de le faire si votre pratique est automatisée.

While some folks think that the drug companies are not the biggest allies of reform, in some regards they actually could be allies in persuading doctors to move from a paper world to an electronic world. There are examples internationally.

Même si certains pensent que les sociétés pharmaceutiques ne sont pas les meilleures alliées de la réforme, à certains égards, elles pourraient se mettre de connivence pour persuader les médecins de passer de l'ère du papier à l'ère de l'électronique. On trouve des exemples de ce genre de choses ailleurs dans le monde.

It is very hard for a solo practice physician to squeeze out the resources to add another professional. The Dutch minister of health told me she had proposed to the Dutch family doctors that if they would reduce their inappropriate prescribing behaviour, she would flow the entire 200 million gilders back to them so that they could each hire a nurse practitioner. I think she was good at her word. I have not checked, not to doubt a government official.

Il est très difficile pour un médecin en pratique privée de dénicher les ressources nécessaires pour ajouter un autre spécialiste. La ministre hollandaise de la Santé m'a dit qu'elle avait fait la proposition suivante aux médecins de famille hollandais: s'ils cessaient progressivement de prescrire de façon inappropriée, elle leur remettrait les 200 millions de gilders ainsi perdus de sorte que chacun puisse engager une infirmière praticienne. Je pense qu'elle a tenu parole. Je n'ai pas vérifié, question de ne pas mettre en doute la parole d'un représentant du gouvernement.

There may be some very clear incentives as to a give and a get. Donna Segal and Ruth Wilson are doing a terrific job. If you try to negotiate the reform with medical associations, province by province, it would be a very long and complex process. There is room for some bolder initiatives that reach out to individual physicians. There are compelling reasons to make some change.

Il peut y avoir des mesures incitatives très claires visant le donnant donnant. Donna Segal et Ruth Wilson font actuellement un travail extraordinaire. Si vous tentez de négocier la réforme avec les associations médicales, province par province, le processus sera très long et complexe. Il y a place pour des initiatives plus osées s'adressant à chaque médecin individuellement. Il y a des raisons impérieuses de modifier certaines choses.

Senator LeBreton: We have some examples. We had a doctor from Prince George, B.C. who is very happy working in a primary care arrangement. It all goes back to quality of life. There are more women doctors and such an arrangement accommodates them in their family-bearing years.

Le sénateur LeBreton: Nous avons certains exemples. Il y a un médecin à Prince George, en Colombie-Britannique, qui est très heureux de travailler dans une équipe de prestation de soins primaires. Tout cela revient à une question de qualité de vie. Il y a plus de femmes médecins et cette façon de faire leur accorde une certaine souplesse au cours des années où elles sont en âge de procréer.

Would you attack the problem in the areas where it is doable first and then hope the others follow?

Comment attaquerez-vous le problème? Dans les secteurs où les choses sont réalisables d'abord en espérant ensuite que le reste suivra?

Mr. Decter: Yes, absolutely. I would go for the easy ground first. Go after areas of under service where you are just not going to staff physicians.

M. Decter: Oui, absolument. Je m'attaquerais d'abord aux choses faciles. Je m'attaquerais aux régions où les services sont déficients, où l'on ne trouve tout simplement pas de médecins.

The Northwest Territories run much of their primary care, or all of it, with nurse practitioners. There has been a perception in Northern Ontario that it must be a doctor or are they feel they are treated as second-class citizens.

Les Territoires du Nord-Ouest assurent la majeure partie de leurs soins primaires, ou la totalité, à l'aide d'infirmières praticiennes. Dans le nord de l'Ontario, on estime qu'il faut un médecin, sinon les gens pensent être traités comme des citoyens de seconde classe.

It would be better to tackle those issues. In many small communities across the west where we have closed hospitals, nothing has been put back. The argument is advanced that you cannot get a doctor to go to that community because there is no longer a little hospital. Why not place a nurse practitioner? Why not establish a visiting arrangement that puts a physician in there one day a week?

Il serait préférable de régler ces problèmes. Dans de nombreuses petites collectivités réparties dans tout l'Ouest et où nous avons fermé des hôpitaux, rien n'a été remis en place. Les gens disent que l'on ne peut pas recruter de médecin pour la collectivité parce qu'il n'y a plus de petit hôpital. Pourquoi ne pas y placer une infirmière praticienne? Pourquoi ne pas établir une entente selon laquelle un médecin viendrait visiter la collectivité une journée par semaine?

We could be more creative. We have pretty much tapped out the English speaking nations of the world in our recruitment efforts — including the Irish, British and, more recently, South

Nous pourrions faire preuve de plus de créativité. Nous avons à peu près fait le tour des pays anglophones dans notre effort de recrutement, notamment l'Irlande, la Grande-Bretagne et plus

African. We have many fine physicians in this country as a result of that. Some of us have a bit of a moral qualm what we might have done to the countries that they have left.

I would absolutely go for the easy ground. I would go to places that are not well served. I would support adding non-physicians to physician groups. It is not about the right model; it is about moving the yardsticks. We have spent a long time looking for the perfect model for primary care reform. It has worked in some places largely because someone just had the will to do it.

Senator Fairbairn: Mr. Decter, if I have learned anything from the study that we have been undertaking, it is that in this area you cannot really tackle anything head-on by itself. There is no stand-alone; everything seems to be connected to something else that must be dealt with as well.

I have a great interest in literacy and how that factors in to just about everything. You are quite right in pulling out the Aboriginal health issue as one of enormous importance and enormous difficulty.

How would you reflect on one of the great barriers to bringing health into the Aboriginal community as being a culture issue? Do you see education and, indeed, fundamental literacy in many of those communities as important to pull those people into issues such as health concern? Very often, the processes that lead people to do better things in caring for themselves as well as make the connections to others to take better care may be lacking because of poor education. They may lack many of the necessary abilities.

Mr. Decter: That is extremely true. When you have communities that are enormously disadvantaged in broad socio-economic terms, our instinct to put in a health service that looks much like that which we have elsewhere is not always the right thing to do.

I remember vividly an experience as a young public servant in Manitoba going up to Norway House, a large Aboriginal community that was suffering from repeated bouts of gastroenteritis. Many sick people were being taken out of the community. It turned out that the nursing station that had been built it to help the community had its sewage discharge running right into the water intake for the community. In a piece of extraordinary irony, the nursing station was the cause of much of the illness in the community. That was readily fixed. To me, it was a little symbolic of the effect of some of our efforts.

I do not take the view narrowly that it is about providing a southern style and quality of health service into those communities. It is a broader issue.

récemment l'Afrique du Sud. Ce qui nous a permis d'amener au Canada de nombreux médecins qui sont très bien. Certains d'entre nous se font certains petits scrupules sur le plan moral quant à ce que nous pourrions avoir fait aux pays qu'ils ont quittés.

Oui, absolument, je m'attaquerais d'abord aux choses faciles. J'irais dans les endroits qui ne sont pas bien servis. Je serais d'accord pour que l'on ajoute des spécialistes autres que les médecins aux groupes de médecins. La question n'est pas de trouver le bon modèle, mais plutôt de déplacer les balises. Nous avons passé beaucoup de temps à chercher le modèle parfait de réforme des soins primaires. À certains endroits, cela a fonctionné en grande partie parce que quelqu'un a tout simplement eu la volonté de changer les choses.

Le sénateur Fairbairn: Monsieur Decter, si j'ai retiré quelque chose de l'étude que nous avons entreprise, c'est que dans ce domaine, on ne peut véritablement pas régler directement quelque problème que ce soit isolément. Il n'y a pas de situations autonomes, tout semble relié à quelque chose d'autre qu'il faut régler également.

Je m'intéresse beaucoup à l'alphabétisation et à la façon dont tout cela s'intègre à peu près à tout. Vous avez tout à fait raison d'aborder la question de la santé des Autochtones et de dire qu'elle revêt une importance énorme et qu'elle constitue une énorme difficulté.

Pensez-vous que l'un des grands obstacles qui empêchent d'améliorer la santé des collectivités autochtones est une question de culture? À votre avis, est-ce que l'éducation et, en fait, l'alphabétisation de base dans nombre de ces collectivités, sont importantes pour amener ces gens à s'intéresser à des problèmes comme les questions de santé? Très souvent, la pénurie de moyens susceptibles de permettre aux gens d'améliorer la façon dont ils prennent soin d'eux-mêmes et de rejoindre ceux qui peuvent les y aider découle d'une piètre éducation. Ces gens-là n'ont peut-être pas nombre des habiletés nécessaires.

M. Decter: C'est extrêmement vrai. Lorsque d'instinct, nous instaurons, dans des collectivités extrêmement défavorisées sur le plan socio-économique en général, un service de santé qui ressemble beaucoup à celui que l'on trouve ailleurs, nous ne faisons pas nécessairement la bonne chose.

Je me souviens très bien d'une expérience que j'ai vécue en tant que jeune fonctionnaire au Manitoba en allant à Norway House, une grande collectivité autochtone qui souffrait d'accès répétés de gastro-entérite. On a retiré alors beaucoup de gens malades de la collectivité. Il s'est avéré que le dispensaire construit pour aider la collectivité déversait ses égouts là où les gens puisaient leur eau. Fait passablement ironique, le dispensaire était la cause de la majeure partie des maladies de la collectivité. Le problème a été réglé rapidement. Pour moi, c'était un peu symbolique de l'effet de certains de nos efforts.

Je ne m'enferme pas dans l'idée qu'il faut appliquer un style et une qualité de services de santé correspondant à ceux du Sud dans ces collectivités. Le problème est plus vaste.

I would make an observation that might be controversial. In my experience, the Aboriginal leaders are far more willing to sacrifice the current generation for their children. They are very committed at the community level to their children having better prospects than they do. They would make a different set of health investments for the sake of their children than we might make looking at health issues in the community.

The most telling illustration that I have of that was in a community in Northern Ontario. As deputy minister of health, the chief invited me to visit. The Department of Community Services — our sister department in those days — had built a senior citizens' residence. No one had moved into it. It had been vandalized. That department had a very low opinion of the community. They urged me not to go because it was community that was bad and irresponsible.

I went there to visit with the chief and the council and to tour the community. I began to understand their view. When translated into Cree, what the senior's residence becomes "place to go die." Their view was such that they did not want their elders in a building separate from their families and from the community.

When we reviewed the documents, we realized that for 15 years they have wanted a hockey arena for their kids to play hockey against the teams from the other communities. After a prolonged struggle, they got their hockey arena. I was struck with the fact that, although they were not necessarily the most articulate people with whom I have ever dealt, the elders were passionate in saying that it is all about the children — they want to do something for their children. It is instinct to do that. These are original citizens, and every group that has ever come to this country has wanted something better for their children than what they had as children.

When I talk about changing the life expectancy, it might be a generation. We might have to ask what it would take for the children being born now. This goes right to the wonderful investment in early childhood development and my enormous respect for Mr. Fraser Mustard for single-handedly campaigning for that for a long period of time.

Perhaps we need that focus within the Aboriginal community, which would bring with it huge challenges. Tackling this issue goes to population health issues, early childhood development issues and maybe more than issues of enormous medical sophistication. I would note that in some parts of Canada, a large percentage of the patients on end-stage renal dialysis are Aboriginal. We amputate far more limbs in the Aboriginal community for diabetes than elsewhere. It is not as though we are in a sense immune to the consequences of the ill health because we are facing those consequences.

Je vais faire une observation qui va peut-être susciter la controverse. D'après mon expérience, les leaders autochtones sont beaucoup plus disposés à sacrifier la génération actuelle pour leurs enfants. Ils sont très engagés à l'échelle de la collectivité à ce que leurs enfants aient de meilleures perspectives d'avenir qu'ils en ont. Les investissements en santé qu'ils feraient pour le bien de leurs enfants diffèrent de ceux que nous pourrions envisager de faire au regard des problèmes de santé dans la collectivité.

L'exemple le plus révélateur que j'ai à cet égard, c'est celui d'une collectivité du Nord de l'Ontario. Le chef m'avait invité à lui rendre visite à titre de sous-ministre de la Santé. Le ministère des Services communautaires — notre ministère jumeau à cette époque — avait construit une résidence pour personnes âgées. Personne ne s'y était installé. Elle avait été vandalisée. Ce ministère avait une très faible opinion de la collectivité. On m'a incité à ne pas y aller parce que c'était une collectivité qui était irresponsable et désordonnée.

J'y suis allé pour rendre visite au chef et au conseil ainsi que pour visiter la collectivité. J'ai commencé à comprendre leur point de vue. Traduit en cri, ce que la résidence pour personnes âgées voulait dire, c'était unendroit pour aller mourir. Les gens ne voulaient pas que leurs aînés aillent dans un immeuble éloigné de leurs familles et de la collectivité.

Lorsque nous avons examiné les documents, nous nous sommes rendu compte que pendant 15 ans, la collectivité réclamait un stade pour permettre à ses enfants de jouer au hockey contre les équipes des autres collectivités. Après une longue lutte, elle a obtenu son stade. J'ai été frappé par le fait que même si ce n'était pas nécessairement les personnes parmi les plus éloquentes que j'avais rencontrées, les aînés étaient passionnés lorsqu'ils parlaient des enfants, ils disaient vouloir tout faire pour leurs enfants. C'est leur instinct d'agir ainsi. Ce sont les premiers citoyens, et tous les groupes qui sont venus dans notre pays ont toujours voulu quelque chose de mieux pour leurs enfants que ce qu'ils avaient connu eux-mêmes comme enfants.

Quand je parle de changer l'espérance de vie, ça prendra peut-être une génération. Il va peut-être falloir demander ce que ça prendra pour les enfants qui naissent maintenant. Ça nous ramène tout droit aux merveilleux investissements dans le développement de la petite enfance et à l'énorme respect que j'ai pour M. Fraser Mustard qui, tout seul, a fait campagne à cette fin pendant longtemps.

Peut-être avons-nous besoin de nous recentrer sur la collectivité autochtone, ce qui comporterait d'énormes défis. Pour régler ce problème, il faut régler les problèmes de santé de la population, les problèmes de développement de la petite enfance et peut-être faire davantage que de nous intéresser à une grande sophistication sur le plan médical. Je dirais que dans certaines régions du Canada, un bon pourcentage des patients qui sont en dialyse pour cause d'insuffisance rénale terminale sont des Autochtones. On ampute beaucoup plus de membres à cause du diabète dans les collectivités autochtones qu'ailleurs. Ce n'est pas comme si, en un sens, nous étions insensibles aux conséquences d'une mauvaise santé, car nous faisons face aussi à ces conséquences.

I do not think that greater efficiency at those things is the answer. Rather, the answer lays way back in the early years and the surrounding conditions.

Senator Fairbairn: The notion of having a special minister of Aboriginal health is an interesting idea. To bring people comfortably to the services being offered, there would have to be an adult education area of that ministry, not just an early childhood development area.

Mr. Decter: Yes.

Senator Fairbairn: It is so tough and I thank you for focusing on it.

Mr. Decter: The literacy issue is huge. When I was Deputy Minister of Health for Ontario, we made an agreement with the national Aboriginal organization to share information. They had an excellent staffer who was extremely knowledgeable about issues of Aboriginal health and particularly about diabetes. Mr. Ovide Mercredi and I came to an arrangement that each of us would pay one-half of her salary. She also helped us to translate. We had 105 diabetes education centres in Southern Ontario and almost none in Northern Ontario. Yet, it was an epidemic in the north. For the first time, some of the materials were translated into Aboriginal languages and so the education process actually began. Efforts of doctors at Mount Sinai Hospital have had some major pay-offs, although I have not been back to look at it. A great deal of it is not new knowledge, but rather just doing the things that work in Ottawa or Toronto and finding a way to translate them so that they are communicated and understood.

Senator Morin: Thank you. I have a number of questions. Sustainable funding is a crucial issue. Government revenues are so dependent on economic cycles. What is your answer to the fact that we have regular economic downturns? What should we do at those times to ensure stable funding? I realize that you said to take part of it. However, should we allow deficit funding, as we did in the early 1990s, or should we cut other programs, as we have done recently? It is difficult to maintain stable funding when revenues are not stable.

My next question is about primary care, which is a difficult issue. After all these years, there has not been much progress in Ontario despite the fact that the Sinclair report was excellent and so detailed. There are many factors involved here. As you said, there is some inertia exhibited and there is the fear that physicians will become bureaucrats within a civil service.

I read the Sinclair report carefully and I could not find any information about who would actually direct the activities of the primary care team. I asked Dr. Sinclair who controls the team or manages the activities. He said that information was not in the

Je ne dis pas qu'une plus grande efficacité à cet égard, c'est la solution aux problèmes. La réponse, on la trouve dans les premières années de la vie et les conditions environnantes.

Le sénateur Fairbairn: L'idée d'avoir un ministre responsable de la santé autochtone est intéressante. Pour amener les gens à se sentir à l'aise de se prévaloir des services offerts, il faudrait qu'il y ait un secteur d'éducation des adultes au sein de ce ministère, pas seulement un secteur voué au développement de la petite enfance.

M. Decter: C'est exact.

Le sénateur Fairbairn: C'est tellement difficile, et je vous remercie de vous concentrer là-dessus.

M. Decter: Le problème de l'alphabétisation est énorme. Lorsque j'étais sous-ministre de la Santé de l'Ontario, nous avons conclu une entente avec l'organisation autochtone nationale en vue de transmettre de l'information. L'organisation avait, parmi son personnel, une excellente employée très au fait des questions de santé autochtone et surtout du diabète. M. Ovide Mercredi et moi-même avions convenu de payer chacun la moitié de son salaire. Elle nous aidait également dans la traduction. Nous avions 105 centres d'information sur le diabète dans le sud de l'Ontario et pratiquement aucun dans le nord de la province. Pourtant, le diabète avait l'allure d'une épidémie dans le Nord. Pour la première fois, certains des documents ont été traduits en langue autochtone, de sorte que le processus d'éducation s'est vraiment mis en branle. Les efforts des médecins au Mount Sinai Hospital ont eu des répercussions majeures, même si je ne suis pas retourné pour en prendre connaissance. En grande partie, la solution n'est pas d'apporter un savoir nouveau, mais plutôt d'adopter des mesures qui fonctionnent à Ottawa ou à Toronto et de trouver une façon de les traduire de sorte qu'elles puissent être communiquées et comprises.

Le sénateur Morin: Merci. J'aimerais poser un certain nombre de questions. Le financement durable est une question essentielle. Les recettes du gouvernement sont tellement tributaires des cycles économiques. Comment réagissez-vous au fait que nous avons régulièrement des replis de l'économie? Que devrions-nous faire en pareil moment pour assurer la stabilité du financement? Je réalise que vous avez dit qu'il fallait s'y adapter. Cependant, devrait-on permettre un déficit budgétaire comme on l'a fait au début des années 90 ou plutôt supprimer d'autres programmes comme cela s'est fait récemment? Ce n'est pas facile de maintenir un financement stable quand les recettes ne le sont pas.

Ma question suivante porte sur les soins primaires, qui est un enjeu complexe. Après toutes ces années, on ne constate pas beaucoup de progrès en Ontario malgré l'excellence du rapport Sinclair, si détaillé. Il y a beaucoup de facteurs en cause ici. Comme vous l'avez dit, on constate une certaine inertie et on craint que les médecins deviennent des bureaucrates dans une fonction publique.

J'ai lu le rapport Sinclair attentivement et je n'ai trouvé aucune information indiquant qui devrait être chargé de diriger les activités de l'équipe de soins primaires. J'ai demandé au Dr Sinclair qui contrôlerait l'équipe ou gérerait les activités. Il

report even though it is a crucial issue. This is really the crux of the problem.

The CLSC — le centre local de services communautaires — issue was discussed and we heard horror stories about it when we were in Montreal. There was a series of articles in *La Presse* that made interesting reading for physicians who had worked in CLSC. They had been forced to attend meetings for days on end. One person described her usual week as being one-half day of clinical work and the balance for meetings and report writing. It was a real impediment to performing clinical work in the facilities. There was no secretarial help for the physicians who had to book their appointments themselves and perform the other necessary clerical work.

There is a danger of that occurring again and you know the civil service. You have been around enough to know that there are managers, assistant managers, personnel directors, financial directors, and then there is the poor individual at the bottom of the ladder doing all of the work. There is certainly a problem with such a set-up and this must be considered.

Concerning Aboriginal health, I am pleased that you will have studies. Health Canada was here discussing the health of Aboriginal people. Perhaps you could have those figures for me so that we could compare the information. Isolated rural communities are in bad shape. They have diabetes and life expectancy is low, et cetera. How do our isolated Aboriginal reserves compare with other isolated rural communities? We may be surprised to find that there is not much difference. The greatest factor may simply be that they are isolated rural communities.

Coming back to the minister of health, there is a big difference between health protection and health promotion and the delivery of health care. Delivery of health care is important, but I do not think it really affects the indicators such as life expectancy. In our report, we recommended that health care delivery be sent to the provinces. Actually, it should be sent to the regions. That is the best and most effective way to deliver health care services — close to the people, including First Nations.

A huge effort needs to be made in the area of health promotion. The issue of fetal alcohol syndrome is a catastrophe. The majority of Aboriginal women still drink heavily when they are pregnant. I saw recent figures on that. The Aboriginal population has the highest smoking rate in the world — 72 per cent. There is no other group of people in the world with such statistics. This really is the problem, and a strong effort needs to be made.

m'a répondu que le rapport ne donnait pas d'information à ce sujet même s'il s'agit d'une question essentielle. Cette question est véritablement au cœur du problème.

La question des CLSC — les centres locaux de services communautaires — a été discutée et nous avons entendu des histoires d'horreur à ce sujet lors de notre passage à Montréal. Une série d'articles parus dans *La Presse* constituait une lecture fort intéressante pour les médecins qui avaient travaillé dans les CLSC. Ces derniers étaient forcés d'assister à des réunions pendant des journées entières. Une personne a décrit sa semaine habituelle de travail comme comportant une demi-journée de travail clinique, le reste étant réservé aux réunions et à la rédaction de rapports. Il était vraiment difficile de faire du travail clinique dans ces organismes. Il n'y avait pas de secrétaire pour aider les médecins qui devaient prendre eux-mêmes leurs rendez-vous et effectuer le reste du travail de bureau nécessaire.

Il est dangereux que la situation se reproduise et vous connaissez bien la fonction publique. Vous êtes dans le circuit depuis suffisamment longtemps pour savoir qu'il y a des gestionnaires, des gestionnaires adjoints, des directeurs du personnel et des finances, et cetera. et que c'est la pauvre personne au bas de l'échelle qui doit faire tout le travail. Cette structure pose certainement un problème et il faut l'examiner.

En ce qui concerne la santé des Autochtones, je suis heureux de voir que des études seront menées. Des représentants de Santé Canada sont venus discuter ici de la santé des peuples autochtones. Peut-être pourriez-vous obtenir ces chiffres pour moi de sorte que nous puissions comparer l'information. Les collectivités rurales et isolées sont en mauvais état. On y retrouve du diabète, l'espérance de vie y est faible, et cetera. Comment nos réserves autochtones isolées se comparent-elles avec d'autres collectivités rurales isolées? On serait peut-être surpris de voir qu'il n'y a pas tellement de différences. Le facteur le plus important est peut-être simplement qu'il s'agit de collectivités rurales isolées.

Pour revenir au ministre de la Santé, il y a une grande différence entre la protection et la promotion de la santé et la prestation des soins de santé. La prestation des soins de santé est importante, mais je ne crois pas qu'elle touche véritablement les indicateurs comme l'espérance de vie. Dans notre rapport, nous avons recommandé que la prestation des soins de santé soit confiée aux provinces, en fait, on devrait la confier aux régions. Il s'agit de la façon la meilleure et la plus efficace d'assurer les services de soins de santé, il faut être près des gens, y compris les Premières nations.

Il faut faire un effort énorme dans le domaine de la promotion de la santé. La question du syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool est une catastrophe. La majorité des femmes autochtones boivent quand même beaucoup lorsqu'elles sont enceintes. J'ai vu des chiffres récents là-dessus. La population autochtone compte le taux de tabagisme le plus élevé au monde, 72 p. 100. Aucun autre groupe au monde n'a de telles statistiques. C'est véritablement un problème, et il faut faire de gros efforts pour le contrer.

Finally, electronic records are very important. Wherever this has been initiated right now, privacy concerns have stopped the evolution. In Quebec, as you know, the smart card is now in trouble because of privacy concerns. I am not saying that these are not legitimate concerns. However, they are an impediment to the development of these things. A recent poll in Quebec showed that 60 per cent of the population would not want to have their health information on a smart card.

Enfin, les dossiers électroniques sont très importants. Chaque fois qu'une telle mesure a été entreprise récemment, des préoccupations concernant la protection des renseignements personnels en ont stoppé l'évolution. Au Québec, comme vous le savez, la carte à puce est maintenant en difficulté à cause de préoccupations touchant la protection des renseignements personnels. Je ne dis pas que ce ne sont pas des préoccupations légitimes, mais elles sont un obstacle au développement de ce genre de choses. Un sondage récent mené au Québec a montré que 60 p. 100 des membres de la population ne veulent pas que les renseignements concernant leur santé soient mis sur une carte à puce.

Here in Ontario, you have the primary care network where a number of experimental primary care teams that had information. This was hit really hard recently. I do not know if you have a privacy commissioner in Ontario.

Ici en Ontario, vous avez un réseau de soins primaires où un certain nombre d'équipes expérimentales disposent de cette information. Cela aussi a été durement attaqué ces derniers temps. Je ne sais pas si vous avez un commissaire à la protection de la vie privée en Ontario.

Mr. Decter: Yes.

M. Decter: Oui.

Senator Morin: They said it was unsafe. You know the stand of the Privacy Commissioner in B.C. These privacy concerns, which up to a certain point are legitimate, prevent us from moving into that area.

Le sénateur Morin: On a dit que cette façon de faire n'était pas sûre. Vous connaissez la position du commissaire à la protection de la vie privée en Colombie-Britannique. Ces préoccupations concernant la protection des renseignements personnels qui, jusqu'à un certain point, sont légitimes, nous empêchent d'aller de l'avant.

Mr. Decter: Let me try to respond to the five points.

M. Decter: Permettez-moi de répondre aux cinq points que vous avez soulevés.

With respect to the electronic health record, I do worry. I have responsibility as chair of CIHI for ensuring that our privacy protections are as good as any and meet the standards. Through that, I have had occasion to meet with not only the federal Privacy Commissioner but also many of the provincial privacy commissioners.

En ce qui concerne le dossier électronique de la santé, cela m'inquiète. J'ai la responsabilité en tant que président de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) de veiller à ce que la protection des renseignements personnels que nous offrons soit aussi bonne que n'importe quelle autre et qu'elle respecte les normes établies. À ce chapitre, j'ai eu l'occasion de rencontrer non seulement le commissaire fédéral à la protection de la vie privée, mais nombre de ses homologues provinciaux.

It is almost a risk to one's continuing survival at any point to suggest that privacy should not be an overwhelming concern, so I will be careful. I think there is a balance here between the use of information to manage the health system and to look after the health of individual people and privacy. While we all hold out privacy to be a very important attribute of the health system, I think those views change when you say to someone, "If the choice is between having absolute privacy and having information that could safe the life of your child or your mother, there is a balance here."

Il est presque risqué pour sa survie de dire que la protection des renseignements personnels ne devrait pas être une préoccupation énorme, je vais donc être prudent. Je pense qu'il y a un équilibre à trouver ici entre l'utilisation de l'information pour gérer le système de santé et la collecte de renseignements sur la santé des gens et la protection des renseignements personnels. Même si nous estimons tous que la protection des renseignements personnels est une caractéristique très importante du système de santé, je pense que les gens changent d'opinion lorsqu'on leur dit: Si vous avez le choix entre avoir une protection absolue des renseignements personnels, d'une part, et avoir de l'information qui pourrait sauver la vie de votre enfant ou de votre mère, d'autre part, il faut ici trouver un équilibre.

It is not as though paper records somehow guarantee privacy. We read and have read for decades about doctors who retire and their records end up in a dumpster. There are many breaches of privacy with paper records.

Ce n'est pas non plus comme si les dossiers papier garantissaient une telle protection. On lit et on a lu depuis des décennies des histoires de médecins qui prennent leur retraite et dont les dossiers se retrouvent à la poubelle. Il y a eu beaucoup de manquements à la protection des renseignements personnels avec les dossiers papier.

The issue gets raised any time we try to move something into the electronic sphere. When we automated the Ontario Drug Benefit Program and linked the 2,500 pharmacies together, I went to cabinet in Ontario at three or four times on the privacy issue. It was the single most major issue.

Among the concerns were, "If my record is electronic for drugs and I have HIV/AIDS, then the pharmacist in my community will know that, and it could violate my privacy." This was put forward as a reason not to link the pharmacies together. If you think about it, if you have a prescription filled and it is hand-written, pharmacists would have exactly the same knowledge.

There is a tendency to associate the fear of a loss of privacy with this change. There are parts of the country where the real issue is who owns the medical record. Is the medical record owned by the physician? Is it owned by the patient? Is it owned by the payer? Or is it some combination? The issue you end up debating is an issue of privacy.

Privacy is very important, but so is managing the health system. There are two very important techniques for allowing health data to move. One is prior consent. For things like the Joint Replacement Registry, we are obtaining patient consent for the data and all of its use. The other is to de-identify the data. For management purposes, you do not need to know who had heart disease, but you do need to know how many people had heart disease and what age and so on. That is a manageable issue. You are right that it can be a barrier.

I will be pleased to come back to you on the Aboriginal health versus health of people in isolated and remote communities. My own guess is that both are elements. However, let me get some real data before I speculate on that.

I think you describe eloquently the fear that physicians have of ending up in a bureaucratized system. We should try to avoid that. When I say "multidisciplinary primary care," I am not sure that my mental image of that is that there actually is a manager. It may be simply an office in which, instead of there being one physician and a nurse, there are several physicians, a nurse practitioner and some other professionals. As professionals, people are quite capable of referring patients from one to another without there necessarily being a heavy management structure or a lot of time spent in meetings.

Some of the community health centres in Ontario — perhaps many of them — come more from a community services culture where meetings are more like the world of the social worker versus the world of the physician. The world of the social worker is much more meeting intensive and coordination intensive. I am

La question est soulevée chaque fois que l'on veut informatiser les données. Lorsque nous avons informatisé le Programme d'assurance-médicaments de l'Ontario et que nous avons relié les 2 500 pharmacies, on m'a convoqué devant le Cabinet ontarien à trois ou quatre reprises pour traiter la question de la protection des renseignements personnels. C'était le problème le plus important.

Les gens exprimaient des préoccupations comme celle-ci: si le dossier de mes médicaments est informatisé et que j'ai le VIH/sida, alors le pharmacien de ma collectivité le saura et cela violera mon intimité. C'était l'une des raisons invoquées pour ne pas relier les pharmacies. Vous pensez bien pourtant que lorsque vous faites exécuter une ordonnance rédigée à la main, les pharmaciens ont exactement la même information.

On a tendance à associer la peur de perdre la protection de ses renseignements personnels à ce changement. Il y a des régions du pays où le véritable problème est de savoir qui possède le dossier médical. Est-ce que ce doit être le médecin? Le patient? La personne qui paie? Ou un mélange quelconque de ces personnes? La question que l'on arrive à discuter se rattache au respect de la vie privée.

Protéger les renseignements personnels est très important, mais la gestion du système de santé aussi. Il y a deux techniques très importantes à respecter avant de permettre la circulation des données sur la santé. L'une est le consentement préalable. Pour des choses comme le Registre de remplacement des hanches, nous obtenons le consentement du patient pour toute utilisation des données. L'autre consiste à dépersonnaliser les données. Pour les fins de gestion, on n'a pas besoin de savoir qui a eu une maladie du cœur, mais il faut savoir combien de personnes en ont eu et quel âge elles avaient et ainsi de suite. C'est une question qui peut être gérée. Vous avez raison de dire que cela peut être un obstacle.

Je serais très heureux de vous revenir sur la question de la santé des Autochtones par rapport à celle de la santé des gens qui vivent dans les collectivités éloignées et isolées. Je dirais d'instinct que les deux éléments sont importants. Cependant, je vais obtenir de véritables données avant de pouvoir émettre des hypothèses.

Je pense que vous décrivez bien la peur qu'ont les médecins de se retrouver dans un système bureaucratisé. Nous devrions essayer d'éviter une telle situation. Lorsque je parle d'un système desoins primaires multidisciplinaires, je ne suis pas certain que l'image mentale que je m'en fais est celle d'un système dirigé par un gestionnaire. Il pourrait simplement s'agir d'un bureau dans lequel, au lieu d'avoir un médecin ou une infirmière, il y aurait plusieurs médecins, une infirmière praticienne et d'autres spécialistes. En tant que spécialistes, les gens sont très capables de se référer les patients l'un à l'autre sans avoir nécessairement une lourde structure de gestion ou passer beaucoup de temps en réunions.

Certains des centres de santé communautaire de l'Ontario — peut-être bon nombre d'entre eux — sont davantage issus d'une culture des services communautaires où les réunions sont plus le lot du travailleur social que celui du médecin. Le monde où évolue le travailleur social comporte

not saying one is better than the other. However, if you try to move physicians into that culture, you have some real issues. I do think you want to maximize time with patients in the structure.

On stable funding, yes, we will continue to have economic cycles. I am reasonably sure we have made progress in managing their severity. I had the privilege of hearing David Dodge speak at Queen's University on Friday night on 30 years of fiscal and monetary policy. He succeeded in convincing me, as has Alan Greenspan, that we have made progress in being able to successfully not eliminate the business cycle but certainly dampen the most severe aspects of it.

Where does that take me on health funding? We could have a corridor for health spending that guarantees the deliverers of service a certain base-level and puts them a little at risk at the margin. Other people manage that way.

We should have more of an expectation of productivity improvement in the health system than we have had historically. In the 1990s, we squeezed the system and said there must be some productivity gains, and there were. However, productivity is often achieved by investing in innovation and new techniques and new technologies. In my view, that has been missing in the health system. We have not had the same commitment to capital spending, a commitment to buy the people doing the work the tools they need to do the job.

An uncle of mine is retiring after 35 years as a paediatric urological surgeon in Winnipeg. He spent 20 of those years campaigning to get a new operating table that would allow him to do his work better. I think he got it two years before he retired. It was one of the longest standing fights that I can remember. It was not that much money. At one point, I was thinking we could pass the hat and buy it for him.

We have scrimped on capital equipment and capital investment in the system, which has hampered productivity. If we had a corridor of funding, more capital investment would allow people to achieve some of these things. There are very few people in health who, if you asked them "Is there a better way of doing this," would not be able to say, "Yes, there is, but I need this or that to be able to achieve it." In other sectors, we routinely make those investments. In health, it has been an uphill struggle to get there.

I have tried to cover your questions. I have a feeling I missed one.

Senator Morin: No, that was it.

beaucoup plus de réunions et de coordination. Je ne dis pas que l'un est meilleur que l'autre, mais si l'on essaie d'intégrer les médecins à cette culture, on aura de véritables problèmes. Je pense qu'on souhaite une structure permettant de maximiser le temps passé avec les patients.

En ce qui concerne la stabilité du financement, oui, nous continuerons de vivre des cycles économiques. Je suis passablement certain que nous avons réalisé des progrès en ce qui concerne la gestion de leur ampleur. J'ai eu le privilège d'entendre David Dodge parler à l'université Queen's, vendredi soir, de 30 ans de politiques financières et monétaires. Il a réussi à me convaincre, tout comme l'a fait Alan Greenspan, que nous avons fait des progrès nous permettant non pas d'éliminer les cycles économiques, mais certainement d'en atténuer les aspects les plus graves.

Où cela m'amène-t-il en matière de financement de la santé? Nous pourrions avoir un créneau de dépenses en santé qui garantisse aux prestataires de services un certain niveau de base et qui viendrait diminuer les risques à la marge. D'autres personnes gèrent de cette façon.

On devrait s'attendre à une meilleure productivité dans le domaine de la santé que celle que nous avons connue dans le passé. Dans les années 90, nous avons comprimé le système en disant qu'il devait y avoir des gains de productivité, et il y en a eu. Cependant, on accroît souvent la productivité en investissant dans l'innovation et les nouvelles techniques et technologies. À mon avis, on a oublié cet élément dans le système de santé. Nous ne nous sommes pas engagés de la même façon à l'égard des dépenses en immobilisations, soit l'engagement à offrir aux gens qui font le travail les outils dont ils ont besoin pour le mener à bien.

Un de mes oncles a pris sa retraite après avoir travaillé 35 ans comme chirurgien en neurologie pédiatrique à Winnipeg. Il a passé 20 de ces années à faire campagne pour obtenir une nouvelle table d'opération qui lui aurait permis de mieux faire son travail. Je pense qu'il l'a obtenue deux ans avant de prendre sa retraite. C'est l'un des combats les plus longs dont je puisse me souvenir. Cela ne coûtait pas si cher. Un moment donné, je me suis dit qu'on pourrait passer le chapeau pour la lui acheter.

Nous avons lésiné sur l'équipement en immobilisations et les investissements en immobilisations dans le système, ce qui a ralenti la productivité. Si nous avions un créneau de financement, en investissant davantage dans les immobilisations, nous permettrions aux gens de réaliser certaines de ces choses. Si vous demandiez aux gens dans le système de santé s'il y a une meilleure façon de faire les choses, très peu seraient incapables de vous dire:Oui, il y en a une, mais pour améliorer les choses, j'ai besoin de ceci ou de cela. Dans d'autres secteurs, on fait couramment ces investissements. Dans la santé, c'est la croix et la bannière pour y parvenir.

J'ai essayé de répondre à vos questions. J'ai l'impression d'en avoir oublié une.

Le sénateur Morin: Non, tout y est.

Senator Callbeck: Mr. Decter, I want to ask you some general questions about prescription drug coverage.

Before I do that, I want to ask a couple of things about the report that was put out by the Canadian Institute for Health Information. I have the summary report from the Internet. According to that report, there is a tremendous difference in the cost of prescription drugs per capita. For example, it is 25 per cent to 30 per cent higher in Prince Edward Island and Nova Scotia than in the western provinces, Manitoba, Saskatchewan and, I believe, British Columbia. Is there an explanation for that? Did the report go into that?

Mr. Decter: I do not think it did. As chairman, I should be careful. We have 45 databases, and we put out a report a week. I am the volunteer chair of the board, and while I try to keep on top of matters, I will be a little circumspect in my answer.

Our role is to gather and publish the data and to make it available to people to better manage and understand the health system. We do some analysis, but we are, I think understandably, careful about stopping short of drawing policy implications. Our credibility is a little like Statistics Canada: As long as Statistics Canada is telling you how many people are unemployed, who they are and where they are, they are credible. The minute they take a view that unemployment is too high or too low, the government of the day might find them beyond their mandate.

I do not know if the figures you are quoting are for the actual cost of the drugs or per capita spending.

Senator Callbeck: Per capita spending on drugs.

Mr. Decter: Much of that is driven by drug plan design and coverage. For example, the Ontario Drug Benefit plan, for many years before they put in a co-payment, basically paid for all of the drugs for people over the age of 65. There was a very sharp jump, from age 64 to age 65, in the number of prescriptions, understandably, because people suddenly had coverage that they did not have at age 64. Other provinces have structured their plans differently. My old home province of Manitoba has a more universal coverage but very high cost-sharing — co-payments and deductibles. You pay the first couple of hundred dollars yourself, which tends to have an impact.

It is likely a combination of those factors that drives the different levels of spending. Generally, the rule would be: The better the coverage, the higher the level of spending. Ontario has a policy of generic substitution in its plan, which has a bit of a push going the other way.

Le sénateur Callbeck: Monsieur Decter, j'aimerais vous poser certaines questions générales concernant la couverture des médicaments d'ordonnance.

Mais avant, je veux vous poser quelques questions touchant le rapport qui a été publié par l'Institut canadien d'information sur la santé. J'ai en main le rapport sommaire diffusé sur l'Internet. D'après ce rapport, il y a une énorme différence dans le coût des médicaments d'ordonnance par habitant. Par exemple, il s'élève à 25 p. 100 ou 30 p. 100 de plus à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse que dans les provinces de l'Ouest, au Manitoba, en Saskatchewan et, je crois, en Colombie-Britannique. Y a-t-il une explication à cela? Le rapport aborde-t-il cette question?

M. Decter: Non, je ne crois pas. En tant que président, je dois être prudent. Nous avons 45 bases de données, et nous publions un rapport par semaine. Je suis président bénévole du conseil d'administration et même si j'essaie de me garder au courant de ces questions, je vais faire preuve d'un peu de prudence dans ma réponse.

Notre rôle consiste à recueillir et à publier les données et à les mettre à la disposition des gens pour les aider à mieux gérer et comprendre le système de santé. Nous faisons certaines analyses, mais nous sommes prudents, avec raison je pense, en ce que nous évitons d'en tirer ce qui pourrait avoir des incidences sur les politiques générales. Notre crédibilité s'apparente un peu à celle de Statistique Canada: dans la mesure où Statistique Canada nous dit combien de personnes sont au chômage, qui elles sont et où elles sont, l'organisme est crédible. Dès qu'il dit que le chômage est trop élevé ou trop faible, le gouvernement de l'heure pourrait juger que l'agence va au-delà de son mandat.

Je ne sais pas si les chiffres que vous citez sont les véritables coûts des médicaments ou des dépenses par habitant.

Le sénateur Callbeck: Les dépenses par habitant au titre des médicaments.

M. Decter: Une bonne partie de cela découle de la conception et de la couverture du régime d'assurance-médicaments. Par exemple, le régime d'assurance-médicaments de l'Ontario, pendant les nombreuses années précédant l'instauration du copaiement, payait pratiquement tous les médicaments pour les personnes âgées de 65 ans et plus. On a constaté une augmentation très marquée, de l'âge de 64 à 65 ans, dans le nombre d'ordonnances; cela se comprend bien, parce que les gens disposaient soudainement d'une couverture qu'ils n'avaient pas à l'âge de 64 ans. D'autres provinces ont structuré leurs régimes différemment. Mon ancienne province, le Manitoba, offre une couverture plus universelle mais avec un partage de coûts très élevé — les copaiements et les franchises. Vous payez les 200 premiers dollars vous-même, ce qui a tendance à avoir un certain impact.

C'est probablement une combinaison de ces facteurs qui détermine les différents niveaux de dépenses. En général, la règle est la suivante: meilleure est la couverture, plus élevé est le niveau de dépenses. L'Ontario a une politique de substitution de médicaments génériques dans son régime, ce qui, dans une certaine mesure, permet de ramener quelque peu les coûts vers le bas.

One of the embarrassing things nationally is that we do not have more equal coverage for medications across the country. We have the lowest public sector commitment to coverage among all of the OECD nations. Essentially, we have in drug coverage what the Americans have in their health system in general. In other words, we have a public role. We pay for drugs in many parts of the country for people who are old or poor. We let employers pay for their employees, if the employers are strong enough to bear that burden. Our larger companies and unionized companies tend to pay. A lot of our small businesses cannot afford to or do not pay. We let a considerable portion of the burden fall on individuals.

L'une des choses gênantes à l'échelle nationale, c'est que la couverture pour les médicaments ne soit pas plus égale dans tout le pays. Parmi tous les pays de l'OCDE, le Canada est celui dont l'engagement à l'égard'une telle couverture est le plus faible. Essentiellement, la couverture que nous avons en matière de médicaments correspond à celle dont jouissent les Américains dans leur système de santé en général. Autrement dit, nous avons un rôle public. Dans de nombreuses régions du pays, nous payons les médicaments pour les personnes vieilles ou pauvres. Nous laissons les employeurs payer pour leurs employés, si les employeurs ont le dos suffisamment solide pour porter ce fardeau. En général, nos grandes sociétés et les sociétés où les employés sont syndiqués paient. Beaucoup de petites entreprises ne peuvent se permettre de payer ou ne paient pas. Nous laissons les particuliers porter une bonne partie du fardeau.

I am not opposed to having some portion of the burden fall on individuals for drugs. Unlike other areas of heath care, you actually have someone actively marketing drugs. To have a bit of a financial pushback on the individual is, in my view, not a terrible thing. The problem is that it is uneven across the country. A senior in Ontario will face a very small bill for medications; a senior in Newfoundland will face a very large bill. This is inherently wrong.

Je n'ai pas d'objections à ce qu'une partie du fardeau incombe aux particuliers en ce qui concerne les médicaments. Contrairement à ce qui se passe dans d'autres domaines des soins de santé, quelqu'un fait activement la promotion des médicaments. Que le fardeau retombe un peu sur le particulier n'est pas à mon avis une chose terrible. Le problème, c'est l'inégalité de ce fardeau d'un bout à l'autre du pays. Une personne âgée de l'Ontario devra payer très peu pour ses médicaments alors qu'une personne âgée de Terre-Neuve devra assumer une part très importante des coûts. Ce qui en soi cause préjudice.

The spirit of your report suggests that we keep a mixed model for the non-hospital, non-doctor insurance coverage. I am not inherently opposed to that. I just wish we had a scheme that allowed that coverage to be fairer to let me believe that no one is deterred from needed medications by a financial barrier.

L'esprit de votre rapport donne à penser que nous devrions conserver un modèle mixte de couverture d'assurance pour les soins non hospitaliers et non offerts par un médecin. En soi, je ne suis pas opposé à cela. J'espère seulement que nous pourrions disposer d'un régime qui permettrait une couverture plus équitable de sorte que je puisse être convaincu que personne ne sera privé de médicaments à cause d'un obstacle financier.

I was in favour of putting a small co-payment on the Ontario plan. It was not a popular view in the era I was in government. I believe I had the premier's support but no-one else's, including my own ministers. We would be better off having really good national drug coverage and have, for example, premiums to pay for it, rather than having this patchwork quilt that we now have.

J'étais en faveur de l'établissement d'un minime copaiement dans le régime de l'Ontario. Cela n'était pas populaire à l'époque où j'étais au gouvernement. Je crois que j'avais le soutien du premier ministre, mais personne d'autre ne m'appuyait, pas même mes propres ministres. Il serait beaucoup mieux que nous ayons une véritable couverture nationale, assortie, par exemple, de primes pour la payer plutôt que d'avoir ce ramassis de régimes que nous avons maintenant.

To get from where we are to where I would like us to be is extremely hard given that each province has a different scheme and they have different views of policy. There is the emergence of some cooperation among the provinces and Government of Canada on at least harmonizing. Perhaps the first step is to harmonize the rules and approaches and move to better coverage later. We have extremely uneven coverage across the country.

Il serait extrêmement difficile de passer du régime actuel à celui que je souhaite, compte tenu que chaque province a un régime différent et des politiques différentes. On constate aujourd'hui la naissance d'une certaine collaboration entre les provinces et le gouvernement du Canada au sujet de l'harmonisation, tout au moins. Peut-être la première étape consiste-t-elle à harmoniser les règles et les approches et à adopter une meilleure couverture ultérieurement. Notre couverture est extrêmement inégale d'un bout à l'autre du pays.

Senator Callbeck: Yes, we certainly do. That is a real concern of mine, too. The figure of Prince Edward Island was very interesting to me, that it is 25 to 30 per cent above the other provinces. We really do not have what I would call a very extensive drug plan. I personally know of a situation where a woman is on a life-maintaining drug. She must take it. The net

Le sénateur Callbeck: Oui, cela ne fait aucun doute. Cela me préoccupe vraiment aussi. Les chiffres pour l'Île-du-Prince-Édouard m'ont beaucoup intéressée, soit 25 p. 100 à 30 p. 100 de plus que les autres provinces. En réalité, nous n'avons pas ce que j'appellerais un régime d'assurance-médicaments très développé. Je connais personnellement une femme qui doit

cost to the family is over $50,000 a year. That is the net cost after insurance. I am told that that particular drug is covered in some way in other provinces. I certainly share your concern about the differences in coverage.

Mr. Decter: I would be happy to take it up with our technical folks at CIHI and provide you with an explanation of why the numbers vary that much. I do not know.

Senator Callbeck: I was going to ask how we get to a fairer scheme, but you have pretty well answered that.

Mr. Decter: We can, but not without great difficulty. It is a bit of an affront to the basic principle that there should not be a financial barrier to needed care if someone is paying $50,000 for a drug that is of benefit to him or her. I think that is wrong. I have less trouble with the notion that someone might pay the first $2 or $5 or $10 than I would with the idea that there is a medication that could change someone's life for the better or save their life and that we have not gotten around to paying for it. We will have more of those drugs come down the pipeline, very expensive drugs that are very beneficial to some patients.

One of our challenges is how to make sure the right drugs are getting to the patients, which at the moment is something we are not very good at. We under-prescribe in some way cases and over-prescribe in others. That is an issue this that needs tackling both from a safety and equity point of view.

Senator Callbeck: You mentioned that we should start by harmonizing schemes and approaches. Are you suggesting the federal government should take the lead on this?

Mr. Decter: In the accord of 2000, the First Ministers agreed to get their health ministers to work together on this. I understand work is ongoing. The federal government is playing an important role in those discussions. It has a considerable drug bill for Aboriginal people, veterans and the Armed Forces.

I have been working with Mr. Hugh Segal at the Institute for Research on Public Policy to put together a forum in September, potentially with people from the United Kingdom and Australia. In the U.K, everything in health is national. Australia is more like us in being a federation. There are some lessons to be learned from other jurisdictions in this regard.

I do not think there is an ability to do a national plan, as the political will is not likely to be there. There is the possibility to harmonize the levels of coverage over time, and perhaps for the federal government to make a contribution specifically towards improving the level of coverage.

prendre des médicaments pour rester en vie. Elle doit prendre ces médicaments. Le coût net pour la famille s'élève à plus de 50 000 dollars par année. C'est le coût net après l'assurance. On me dit que le médicament qu'elle prend est couvert jusqu'à un certain point dans d'autres provinces. Je partage tout à fait votre préoccupation au sujet des différences dans la couverture.

M. Decter: Je me ferai un plaisir de soumettre cette question à nos spécialistes techniques de l'ICIS et de vous donner une explication quant à savoir pourquoi les chiffres varient tellement. Je n'en sais rien.

Le sénateur Callbeck: J'allais vous demander comment obtenir un régime plus équitable, mais vous avez assez bien répondu à cette question.

M. Decter: Il est possible de le faire, mais non sans grande difficulté. On fait un peu un affront au principe fondamental voulant qu'il n'y ait pas d'obstacles financiers aux soins nécessaires lorsque quelqu'un doit payer 50 000 $ pour un médicament qui lui est profitable. Je pense que ce n'est pas correct. J'ai moins de difficulté avec l'idée que quelqu'un paie les 2, 5 ou 10 premiers dollars que je n'en ai avec celle qu'il y a un médicament susceptible de changer la vie de quelqu'un pour le mieux ou de lui sauver la vie, mais que nous n'avons pas trouvé un moyen de le lui payer. Nous verrons apparaître de plus en plus de ce genre de médicaments dans le système, des médicaments très coûteux qui sont très bénéfiques pour certains patients.

L'un des défis que nous devrons relever, c'est de voir comment nous assurer que les bons médicaments sont donnés aux patients, chose que, pour l'instant, nous ne réussissons pas très bien. Dans certains cas, on ne prescrit pas assez, dans d'autres, on prescrit trop. C'est un problème qui doit être réglé tant du point de vue de la sécurité que de l'équité.

Le sénateur Callbeck: Vous avez dit que nous devrions d'abord commencer par harmoniser les régimes et les approches. Diriez-vous que le gouvernement fédéral devrait prendre les devants à cet égard?

M. Decter: Dans l'accord de 2000, les premiers ministres ont convenu que leurs ministres de la Santé travailleraient de concert à cette tâche. Je crois savoir que le travail est en cours. Le gouvernement fédéral joue un rôle important dans ces discussions. Il doit assumer une facture importante de médicaments destinés aux peuples autochtones, aux anciens combattants et aux membres des forces armées.

Je travaille avec M. Hugh Segal à l'Institut de recherche en politiques publiques; nous voulons créer un forum en septembre, probablement avec des gens du Royaume-Uni et de l'Australie. Au Royaume-Uni, tout dans le domaine de la santé est du ressort national. L'Australie nous ressemble plus, c'est une fédération. Il y a certaines leçons à tirer d'autres pays à cet égard.

Je ne crois pas qu'il soit possible d'établir un régime national, car la volonté politique ne semble pas vouloir se dégager. Il y a possibilité d'harmoniser les niveaux de couverture avec le temps, et peut-être le gouvernement fédéral pourrait-il apporter une contribution visant précisément à améliorer le niveau de couverture.

Senator Robertson: I want to go back to the arm's-length management comment you started with. I find what you said quite interesting because some of us have puzzled over this, and a couple of our witnesses are very much in favour of arm's-length management.

If you do not have arm's-length management, how do you resolve the issue of the lack of continuity that raises its ugly head every time there is an election in a province? Sometimes the change goes smoothly, but often there are so many dramatic changes that the system is shaken quite badly and it seems difficult for the public to respond. There is great suspicion that there is not a good methodology of funding or a lack of accountability. I would like your opinion on that. If arm's-length does not work, what will? Is there another model that you have studied or worked on that is better?

You made a comment about bribery in some instances to get the medical profession to cooperate. Carrots also work.

When it comes to service-based funding, if I understood you correctly, we remove the hotel costs and that funding would be in the actual delivery of the health care in the hotel-type hospital. If that is true, from the information that you have in the private management of hospitals, of which we have examples, is it just as important to have efficiency in your hotel costs as it is to monitor the efficiency of the medical procedures and the medical care?

Regardless of what we do in our sixth report, after we have looked at and found agreement on how to deliver those services, one of the last things that will dog us to our graves will be how do we raise the additional funds that are obviously needed when we have done everything else? It seems to me we will be in need of additional funds.

Mr. Decter: Let me start on where will we get the additional money. Obviously, you will not. The elected government will have to decide whether it wants to do that. I am of the view — probably an unpopular view in some quarters — that the courage of previous governments in implementing the GST provides a good ongoing source of revenue for the Government of Canada. One might even consider whether the population would bear an additional point or two on that in return for funding into health care. It would certainly sharpen the focus of the debate. The good thing is senators do not get elected, so you could probably propose it.

There are examples. The Ministry of Finance hates the idea of a dedicated revenue source for a particular use. This goes right to the core of what they think is dark and evil in the world. I listened to Tom Axworthy make an eloquent case for why cities need different funding than we currently give them. I would put health care above cities in that having them entirely dependent on the current funding base is not a good idea.

Le sénateur Robertson: J'aimerais revenir à votre commentaire du début sur la gestion indépendante. J'ai trouvé ce que vous avez dit assez intéressant parce que certains d'entre nous ont peiné sur cette question, et quelques-uns de nos témoins sont très en faveur d'un tel type de gestion.

Si on ne gère pas en fonction du principe d'autonomie, comment résoudre la question du manque de continuité récursif à chaque élection provinciale? Parfois, la transition se fait sans heurts, mais souvent tellement de changements importants s'opèrent que le système s'en trouve ébranlé et la population semble avoir du mal à y réagir. Certains s'interrogent sur le mode de financement, d'autres sur l'absence de responsabilisation. J'aimerais entendre votre opinion à ce sujet. Si la gestion autonome ne fonctionne pas, comment doit-on gérer? Y a-t-il un autre modèle que vous auriez étudié ou utilisé qui fonctionnerait mieux?

Vous avez dit que des pots-de-vin pourraient être utiles dans certains cas pour obtenir la coopération du corps médical. La carotte réussit également.

Au sujet d'un financement axé sur les services, si je vous comprends bien, nous retirons les coûts d'hébergement et ce financement deviendrait effectivement une prestation de services de santé dans un hôpital de type hôtel. Si c'est le cas, d'après votre expérience de la gestion d'hôpitaux privés dont nous avons des exemples, n'est-il pas aussi important d'assurer l'efficacité dans la gestion des coûts d'hébergement qu'il est de surveiller l'efficacité des actes et des soins médicaux?

Sans égard à ce que nous proposerons dans notre sixième rapport, après avoir étudié et retenu la manière de fournir ces services, un des facteurs qui ne nous lâchera jamais, c'est de réunir les fonds qui seront évidemment requis lorsque tout le reste aura été fait. Il me semble qu'on aura besoin de fonds supplémentaires.

M. Decter: Permettez-moi d'abord d'entamer la question de la manière de trouver les fonds. De toute évidence, vous ne pourrez pas décider de cette question. Le gouvernement élu devra prendre sa décision à ce sujet. Contrairement à l'opinion de certains, je pense que le courage des gouvernements antérieurs qui ont mis en vigueur la TPS donne une bonne source de revenus continus pour le gouvernement canadien. La population accepterait peut-être une augmentation d'un ou deux centiles sur cette taxe pour financer le système de santé. De tels propos serviraient sûrement à mieux cibler la discussion. Vous, les sénateurs, n'étant heureusement pas élus, vous pourriez proposer l'idée.

Voici quelques exemples. Le ministère des Finances déteste l'idée d'une source de revenus affectés à une utilisation particulière. Pour lui, cette idée figure parmi ce qu'il y a de plus sinistre et odieux dans le monde. J'écoutais Tom Axworthy éloquemment promouvoir l'idée que les villes ont besoin d'un financement différent de celui qu'on leur accorde actuellement. Je pense que les soins de santé devraient passer avant les besoins des municipalités pour la simple raison que de garder celles-ci entièrement dépendantes de la base de financement actuelle n'est pas une bonne idée.

The Germans fund some parts of their health system in a way similar to our employment insurance. They run a levy on employers and employees, and they achieve that voluntarily. Something even more unpopular than a couple of points on the GST would be negotiating a premium tax with the leadership of the labour movement. That would drive everyone wild as a job killer.

Within the system, I do not know why multi-year funding agreements would offend the ritual of voting budget estimates from year to year. CIHI has three-year funding agreements with the provinces. We also get money from the federal government. We use multi-year funding methodology to give us predictability and stability, and to tide us through those times when there are changes in provincial governments. We also stagger them so we are not negotiating with all the provinces at the same time. I do not know why we would not look at some form of multi-year funding agreement with regions or hospitals. Is it so far beyond our capacity to design something of a multi-year nature with the right accountabilities?

Second, I am not sure the right split is services and hotel costs. There is a cost to a hospital simply being there — and maybe it is the hotel cost. It should be as efficient as it can be. I think the criteria you apply may be slightly different. There are criteria about costs per square foot that you would not apply to patient care, whereas on the clinical services you want a mix of measures of outcome and resource consumption. Many of those have evolved.

On arm's-length management, we have been willing to have arm's-length agencies in a couple of circumstances. For example, it is a given for regulatory purposes. Where we have a pot of money, we want someone to divide it up. This may antagonize the Auditor General, but there is an acceptance that if the government is committing a one-time allocation of money, by putting it at arm's-length you could have experts decide who to give it to. You might get a better result than leaving it inside the political electoral world.

Difficulties arise when you have to vote the money annually, like the health budget. Handing it off to someone at arm's-length is somewhat troubling. If you were to take either of the two ideas I put up and flow that money into a federal pot for the modernization of Canadian medicare, could you put that at arm's-length and have someone direct the spending of it within a certain policy? I think you could probably do that. Certainly, there would be a battle with the department of finance, who would think it horrific in terms of their general approach to the nation's finances. I worry about that somewhat in areas different from health because you do run risks. For example, by putting the whole gas tax into highways, one might end up with more gasoline tax than you need highways. I do not think we are likely to run

Les Allemands financent en partie leur système de soins de santé de la même manière que nous finançons notre assurance-emploi. Ils font des prélèvements auprès des employeurs et des employés, lesquels l'acceptent volontiers. Une solution encore moins populaire que l'ajout de quelques centiles à la TPS serait de négocier un impôt sur les primes avec les syndicats. Cette mesure serait dénoncée comme un tueur d'emplois.

À l'intérieur du système, je ne verrais pas pourquoi des ententes pluriannuelles entraveraient le rituel de l'adoption de prévisions budgétaires d'année en année. L'ICIS a signé des ententes de financement sur trois ans avec les provinces. Nous avons également des fonds du gouvernement fédéral. La méthode de financement pluriannuel est utilisée pour assurer la prévisibilité et la stabilité ainsi que pour nous permettre de tenir en période de transition d'un gouvernement provincial à l'autre. Nous décalons ces ententes également pour éviter la négociation avec toutes les provinces à la fois. Je ne vois pas pourquoi nous ne pourrions pas appliquer une formule semblable d'entente pluriannuelle de financement avec les régions et les hôpitaux. Est-il tellement au-delà de nos habiletés de concevoir une formule pluriannuelle qui prenne en compte une responsabilisation adéquate?

Deuxièmement, je doute que le partage efficace soit celui entre les services de soins et les coûts d'hébergement. Il y a un coût relié à l'existence même de l'hôpital — et c'est peut-être là le coût d'hébergement. Il doit être aussi efficace que possible. Je pense que les critères que vous appliquez pourraient être un peu différents. Certains critères de coûts par pied carré ne s'appliqueraient pas aux soins donnés aux patients tandis que dans le cas des services en clinique, vous voudrez mesurer une combinaison de taux de résultats et de consommation de ressources. Nombre d'entre eux ont évolué.

En ce qui concerne la gestion autonome, nous avons accepté ce type de gestion dans le cas de certains organismes. Par exemple, cette gestion va de soi quand il s'agit de réglementation. Quand il y a de l'argent, quelqu'un doit en faire la distribution. Je risque de contrarier la vérificatrice générale avec ce qui suit: Quand le gouvernement accorde des crédits ponctuels dans le cadre de la gestion autonome, il est généralement accepté que ce soit des experts qui décident du bénéficiaire de cet argent. Ce processus donnera peut-être de meilleurs résultats que de le laisser à l'intérieur du monde politique électoral.

Certaines difficultés se produisent lorsqu'on doit approuver des fonds sur une base annuelle comme dans le cas du budget des soins de santé. Confier cette tâche à un organisme autonome soulève certaines préoccupations. Si on choisit une des deux options que j'ai émises plus tôt et qu'on dépose cet argent dans un fonds fédéral ciblé pour la modernisation du système canadien d'assurance-maladie, une tierce personne pourrait-elle gérer suivant le principe d'autonomie, contrôlant donc les dépenses, le tout dans le cadre d'une politique déterminée? Je pense que ce serait possible. Il y aurait certainement un tiraillement de la part du ministère des Finances qui considérerait une telle démarche complètement opposée à sa façon de gérer les finances du pays. Je serais d'accord au sujet de ces objections dans des cas autres que

out of reasonable things to spend money on in the health system, if we are careful about it. It could have a sunset clause of some number of years.

celui du système de santé parce qu'on ferait alors face à certains risques. Par exemple, si on dirigeait toute la taxe sur l'essence vers les travaux de voirie, on pourrait avoir plus de revenus de ces taxes que nécessiteraient les travaux de voirie. Par contre, avec un peu de diligence, je ne pense pas qu'il soit possible d'avoir trop de dépenses raisonnables en ce qui concerne le système de santé. On pourrait d'ailleurs imposer une disposition de temporisation d'un certain nombre d'années.

If you were to compare — this will be a bold and unsustainable assertion at the moment — how well some of the arm's length groups have invested, I would think the Innovation Foundation, headed by John Evans, for whom I have enormous admiration, has done a very thorough and thoughtful job of spending those dollars. I am less certain of the billion dollars for technology in the health system that flowed through the accord. I have only Lisa Priest's assertion that some lawn mowers may have been purchased in a province, and while lawn mowers are important technology, I think we were expecting MRIs and diagnostics, not lawn mowers. There is that kind of case.

Pour fins de comparaison en ce qui concerne le succès de certains organismes dans la gestion autonome — et je fais ici une affirmation audacieuse et indéfendable — j'attire votre attention sur la gestion de fonds minutieuse et consciencieuse du Fonds Innovation sous la direction de John Evans, pour qui j'ai une grande admiration. Je ne peux pas en dire autant de la gestion du milliard de dollars investi en vertu de l'entente dans les technologies du système de santé. Si on se fie à la révélation de Lisa Priest en ce qui concerne l'achat de tondeuses à gazon par une des provinces et en admettant que la tondeuse à gazon fait partie d'une technologie importante, je crois qu'on s'attendait à l'achat d'équipements d'IRM et de diagnostique plutôt que de tondeuses à gazon. Ce genre de cas existe.

It is more problematic at a provincial level to contemplate putting the health budget on an arm's length agency. If you had multi-year funding agreements, and if those agreements required the policy input of the government to shape them, you might be able to get there.

Il est plus difficile de confier le budget des soins de santé à un organisme de gestion indépendante au niveau provincial. Toutefois, ce serait possible avec des ententes pluriannuelles de financement qui exigent l'intervention du gouvernement au niveau des politiques pour les orienter.

The goal is laudable. The biggest problem is not the cutting, in my view. The problem is the stopping, for example, when the new minister decides to put everything on hold, years of people's work, while it is reviewed. It takes 15 or 20 years to get a new hospital built. By the time you build it, it is the wrong size because it took so long, and no one wants to compromise on size in the later stages. It is just not fast enough for the world we are in.

L'objectif est louable. À mon avis, la plus grande difficulté n'est pas l'arrêt de fonds. C'est plutôt une interruption ordonnée, par exemple, par un nouveau ministre qui décide de mettre en plan le fruit de plusieurs années de travail pour fins d'examen. Ça prend de 15 à 20 ans pour mettre la construction d'un nouvel hôpital sur pied. Lorsqu'on arrive à le terminer, il n'est plus de la bonne taille parce qu'on a mis tant de temps à y arriver et, à la fin, personne ne veut faire de compromis sur les dimensions. Le processus n'est tout simplement pas assez rapide pour le monde d'aujourd'hui.

Senator Cordy: With respect to the issue of accountability, I too read about the funding given by the federal government and the accord in the fall of 2000, where one of the provinces bought lawn mowers. While that would technically be equipment, I am not sure that it was in the minds of the federal government or of the general public that that would be the machinery that was purchased.

Le sénateur Cordy: En ce qui concerne la question de la responsabilisation, j'ai également lu les documents au sujet du financement fédéral et de l'entente de l'automne 2000 par l'entremise de laquelle une province aurait acheté des tondeuses à gazon. Bien qu'il s'agisse d'équipement au sens technique, je doute que ni le gouvernement fédéral ni la population aurait prévu l'achat de ce type de machine.

Many witnesses appeared before us who talked about accountability or lack of accountability for dollars that are being given to the provinces. Some witnesses said that the funding seems to go into a black hole. Again, going back to the large amounts of dollars that were given in the fall of 2000 that were for equipment in the hospitals, many people are saying they do not see any evidence of large amounts of money being spent on equipment in their provinces.

De nombreux témoins qui ont comparu devant nous ont parlé de la responsabilisation, ou de la non-responsabilisation, pour les fonds confiés aux provinces. Certains témoins nous ont dit que les fonds semblent se perdre dans un trou noir. Rappelons encore le cas des crédits considérables de l'automne 2000 visant l'achat d'équipement pour les hôpitaux, bien des gens disent qu'ils ne constatent aucune preuve de grandes dépenses au chapitre des équipements dans leurs provinces.

Witnesses also suggested that for accountability they would prefer targeted funding instead of block funding. Again, this money in the fall of 2000 was, in fact, targeted and still people feel that it has not been accountable.

Pour ce qui est de la responsabilisation, certains témoins préfèrent un financement ciblé plutôt qu'un financement global. Pourtant, les fonds de l'automne 2000 étaient effectivement ciblés mais les gens n'ont pas constaté la responsabilisation.

With respect to timely access to the health care system and waiting lists, I know last year in Nova Scotia there was a nurses' strike that caused a back-up in heart surgery. The CEO, Bob Smith, announced to the newspapers that if people were not receiving their heart surgery in a timely manner, they would be sent to another province to receive it. There was a lot of scurrying. It was never addressed in the media. I am not sure whether he was chastised for saying it or whether those people were sent to other provinces.

En ce qui concerne l'accès en temps opportun au système de santé et les listes d'attente, je sais que la grève des infirmières l'an dernier en Nouvelle-Écosse aurait causé un retard dans les interventions chirurgicales cardiaques. Le président du conseil d'administration, Bob Smith, a annoncé dans les journaux que si les patients n'obtenaient pas leur chirurgie cardiaque en temps opportun, on les transporterait dans une autre province pour qu'ils subissent la chirurgie requise. On a bien détalé. Les médias n'ont pas relevé le sujet. Je ne sais pas si M. Smith a été réprimandé pour ses propos ou si les patients en question ont été envoyés dans d'autres provinces.

People from Sweden said their waiting lists are published on the Internet. People can go to the Internet to see where they could get quicker service for whatever they happened to be waiting for.

Des Suédois nous ont dit qu'ils publient leurs listes d'attente sur Internet. Les patients peuvent donc consulter Internet pour vérifier quelle institution peut leur offrir le traitement requis dans les meilleurs délais disponibles.

My bottom line is this: How can we guarantee timely access within the system?

En fin de compte, ma question est la suivante: Comment peut-on garantir l'accès en temps opportun à l'intérieur du système?

Mr. Decter: I believe Alberta is now putting wait times on the Internet for some procedures. The issue is wait times, not wait lists. Let me just separate those two.

M. Decter: Je crois que l'Alberta publie maintenant sur Internet les temps d'attente pour certains traitements. Je dis bien temps d'attente et non listes d'attente. Permettez-moi de faire la distinction entre les deux.

Wait lists are often without definition, unless you are in something organized like the Ontario Cardiac Care Network where a wait list has some meaning in terms of definition. Wait times are what the public are rightly concerned about.

Une liste d'attente n'a souvent pas de définition comme telle à moins qu'on parle d'un organisme comme le Ontario Cardiac Care Network dont la liste d'attente porte sa définition. Le temps d'attente fait l'objet des préoccupations de la population, et ce, à juste titre.

First of all, transparency is important. Making those wait times visible is a way of shaping policy and shaping performance. I think they should be, as a routine matter, published. In the accord, the first ministers agreed that by September 2002, comparative data would be published. I will be intrigued to see if it is actually published.

D'abord, la transparence est importante. La visibilité des temps d'attente est un moyen d'orienter les politiques et le rendement. Je crois que les temps d'attente doivent être publiés régulièrement. Dans l'entente, les premiers ministres ont convenu que des données comparatives seraient publiées dès septembre 2002. Je serai curieux de voir si effectivement cette information sera publiée.

The Chairman: So will we.

Le président: Nous également.

Mr. Decter: I like your proposal in volume 5 that maximum wait times should be established for procedures and that people should have the ability to travel to somewhere else if they cannot get treatment in their home provinces. That is happening now in a rough and informal way. It is supported by the reciprocal agreement that causes one province to pay another. I can speak from personal experience, having helped people get access to care by telling them to come to Toronto to see someone who can do their hip, knee or whatever in fewer than two years. There is, oddly, the architecture for this, although it is not tied at this time to standards for waiting. It is a good direction.

M. Decter: J'aime bien votre proposition dans le volume 5 au sujet de l'établissement d'un temps d'attente maximum pour les traitements, grâce auquel le patient pourrait se prévaloir d'un déplacement vers une autre province s'il n'obtient pas le traitement requis dans la sienne. C'est ce qui se passe actuellement, mais de manière plus informelle et irrégulière. C'est financé par l'entente de réciprocité qui prévoit le remboursement d'une province par l'autre. J'en témoigne personnellement pour avoir aidé certaines personnes à se rendre à Toronto pour des remplacements de hanche ou de genou ou autre chose dans un délai de moins de deux ans. Curieusement, la structure existe pour ce genre de déplacement, mais elle n'est pas liée aux normes d'attente. On est sur la bonne voie.

The system must be accountable. You cannot run a monopoly unless you are willing to make its performance transparent and you are willing to give people a mechanism to hold it accountable. Yes, the electorate can throw out a government that gets elected in a province by saying it will cut the wait times in half, and four

Le système doit prévoir la responsabilisation. On ne peut pas gérer un monopole à moins de prévoir la transparence du rendement et d'établir un mécanisme de responsabilisation à l'égard de la population. Bien sûr, les électeurs ont le pouvoir d'expulser un gouvernement provincial qui n'aura pas tenu sa

years later it has not. That satisfies a broad democratic accountability. It does not help Joe Smith who needs his knee, hip or heart done. I think you need both.

promesse, quatre ans plus tard, de réduire les temps d'attente de moitié. Ainsi, l'élément de responsabilisation démocratique générale est respecté. Malheureusement, ça n'aide pas le commun des mortels qui a besoin de faire traiter son genou, sa hanche ou son cœur. Je pense qu'on doit régler les deux cas.

I like your idea. There are some obvious challenges in structuring it so you do not cause excessive movement around the countryside, but there is a fairly big built-in incentive in the current arrangements for provinces to get their act together.

J'aime bien votre idée. Il y a évidemment certains défis à relever dans la création d'une structure pour éviter un trop grand nombre de déplacements à travers le pays. Toutefois, il y a des incitatifs intrinsèques dans la présente structure pour assurer la bonne foi des provinces.

We have done more harm, in some instances, when we have been unwilling to have people travel. For example, there was the tragedy of the cardiovascular paediatric surgery in Winnipeg, where, in hindsight, there was too small a volume to have a program. Those babies should have been moved somewhere that did higher volume. There is a great deal of good work now on the relationship between quality and volume, particularly for complex procedures. If we communicated that, we could change some public attitudes.

Dans certains cas, nous avons fait plus de mal en refusant le déplacement de patients. Notons, par exemple, la tragédie de la chirurgie cardiovasculaire pédiatrique de Winnipeg où, en rétrospective, le petit nombre de cas ne justifiait pas l'établissement d'un programme. Ces enfants auraient dû être transportés là où un plus grand nombre de cas semblables étaient traités. On a maintenant constaté le lien entre la qualité et le nombre de cas traités, surtout en ce qui concerne les interventions complexes. On pourrait changer l'opinion publique si on arrivait à communiquer ces informations.

Yes, we all want care close to home. Parse that, we want access to first-line care, primary care, close to home. I am not sure that many people want to have very major exotic surgery in their small community hospital. I think they understand that the more complicated it is, the farther they are likely to have to travel.

Bien sûr, nous voulons tous être soignés près de chez nous. Plus précisément, nous voulons un accès à des soins primaires et de première ligne près de chez nous. Par contre, je ne suis pas certain que bien des gens voudraient subir une chirurgie majeure très spécialisée dans leur petit hôpital communautaire. Je crois qu'ils comprennent que plus une intervention est complexe, plus loin ils devront se déplacer pour l'obtenir.

We need accountability. I worry about giving up the broad democratic accountability. We need to reinforce it with transparency and with indicators that are comparable. We need to have a check and balance at the individual level with service guarantees. That will take a while. There are some legitimate concerns about balancing what is measurable against what is important, that is, it is easy to measure wait times for procedural matters.

Nous avons besoin d'un élément de responsabilisation. La perte de cette responsabilisation démocratique générale me préoccupe. Nous devons la renforcer d'une transparence et d'indicateurs comparatifs. Nous avons besoin d'un équilibre des pouvoirs assorti de garantie de services à chaque niveau. Cela prendra un peu de temps. On a un certain nombre de préoccupations légitimes au niveau de l'équilibre entre ce qui est mesurable et ce qui importe, c'est-à-dire qu'il est facile de mesurer les temps d'attente pour les traitements.

We must be careful that we do not lose sight of access to primary care as an important element of the health system. We would not want to whisk people around the country to have their hips, knees and so on done, while at the same time fail to provide routine care for infants, for example. That is harder to measure.

Il ne faudrait tout de même pas perdre de vue l'importance de l'accès aux soins de première ligne en tant qu'élément important du système de santé. Par exemple, nous ne voudrions pas d'une part favoriser le déplacement des patients d'un bout à l'autre du pays pour des traitements de hanche, de genou, et cetera, et, d'autre part, négliger les soins de base aux enfants. Il est plus difficile de mesurer ces résultats.

I like the idea that you have in volume 5. I do not think it is hard to operationalize. If you tried to do it for single procedure, it would be difficult. However, for some of the majors, I think it is doable. It would force a consolidation of some services into centres that could do it at a level of volume that would provide for better outcomes.

J'aime bien votre idée au volume 5. Je ne crois pas qu'il serait difficile de la mettre en pratique. Ce serait difficile de le faire pour un seul traitement mais pour les plus importants, je pense que c'est réalisable. On pourrait ainsi consolider certains services dans des centres où le nombre de traitements semblables donnerait de meilleurs résultats.

We are willing to travel significant distances in this country to see a hockey team or a baseball team. We should not be resistant to travelling when it is indicated as necessary to get a good outcome or an appropriately shorter wait-time.

Nous sommes disposés à parcourir de grandes distances dans notre pays pour aller voir jouer une équipe de hockey ou de baseball. Nous ne devrions donc pas hésiter à effectuer un déplacement qui assurerait de bons résultats ou une réduction appropriée du temps d'attente.

Senator Keon: Some consolidations have occurred across the country. For example, the cost of hernia repairs has gone up by 60 per cent because the little hospitals where you could do a hernia for $1,000 were closed. The hernias had to go to a teaching hospital where it was costing up to $2,200 for the same operation. The list of examples goes on.

Mr. Mazankowski suggested first that we separate care providers and evaluators. We picked up on that.

I ended up looking into it and talking to some of my American friends. I am really convinced that we have to go that way. We have to get competition into provision and farm out things, or we are never going to control costs. This will open a can of worms because we may have a Shouldice Clinic in every city in Canada. What do you think of that?

Mr. Decter: I have a couple comments. First, Canada for the most part missed the emergence of lower cost structure surgery centres. Almost every other country put something of a clinic sort between the hospital and the physician's office.

We never developed a funding base for those, other than kind of haphazardly for some procedures that lent themselves to that. For radiology and abortions in Ontario, we funded clinics not largely on efficiency grounds but on grounds that they were easier to protect.

There is actually quite a good statute in the province, the Independent Health Facilities Act, which is a nice regulatory statute. It was brought in for radiology. I always thought it had broader application as a framework. It has a needs assessment, which is one of the things that get missed in this.

If you want to have competition, you have to worry about oversupply. That is the American experience. You have an MRI clinic on every corner and you have people with a hook dragging customers in. You can over-service a population. The Independent Health Facilities Act in Ontario has needs assessment requirement for the district health councils to determine if a clinic is needed.

Some competition would be quite helpful. We have this odd system now where we often move things into the high-cost environment of the hospital because we have been unwilling to provide incentives to keep them out. When the Americans tried to move to ambulatory care from DRGs, as I recall, they gave clinics 100 per cent of the DRG and hospitals only 85 per cent. Therefore, hospitals put all those things in a clinic.

Le sénateur Keon: Certaines consolidations ont été effectuées dans tout le pays. Par exemple, le coût de réparation d'une hernie a augmenté de 60 p. 100 parce que les petits hôpitaux qui pouvaient le faire pour 1 000 dollars sont maintenant fermés. La réparation d'une hernie a dû être transmise à un hôpital universitaire où le coût du même traitement est de 2 200 dollars. Il y a d'innombrables exemples du genre.

M. Mazankowski a d'abord proposé de séparer les prestataires des évaluateurs. Nous avons repris sa suggestion.

J'ai entrepris d'examiner cette proposition et j'en ai discuté avec des amis américains. Je suis véritablement convaincu que c'est le bon chemin à prendre. Nous devons introduire un élément de concurrence dans la prestation des services et permettre la sous-traitance sinon nous n'arriverons jamais à contrôler les coûts. Ça pourrait devenir un véritable guêpier parce que nous pourrions nous retrouver avec une clinique Shouldice dans toutes les villes du Canada. Qu'est-ce que vous en pensez?

M. Decter: J'ai quelques commentaires. Premièrement, le Canada a essentiellement échappé au développement d'une structure de centres de chirurgie à coût modique. Presque tous les pays ont un niveau de cliniques entre le cabinet du médecin et les hôpitaux.

Nous n'avons jamais élaboré une base financière pour ce genre d'interventions sauf pour celles qui, par hasard, s'y prêtaient particulièrement bien. En Ontario, nous avons financé notamment des cliniques de radiologie et d'avortement non pas pour des raisons d'efficacité mais plutôt parce qu'elles seraient plus faciles à protéger.

Il y a dans la province une très bonne loi, la Loi sur les établissements de santé autonomes, qui sert bien les besoins de réglementation. On l'a adoptée pour les centres de radiologie. J'ai toujours pensé qu'il serait intéressant de s'en servir comme structure pour une application plus large. On y retrouve un mécanisme d'évaluation des besoins, laquelle figure parmi les éléments les plus souvent oubliés dans ce genre d'exercice.

Si vous voulez introduire un volet concurrence, il faut entrevoir la possibilité de surcapacité. C'est le cas aux États-Unis. On y trouve une clinique d'IRM à tous les coins de rue, les unes plus empressées que les autres d'attirer la clientèle. On peut créer une situation d'offre excédentaire. La Loi sur les établissements de santé autonomes de l'Ontario est assortie d'un mécanisme obligatoire d'évaluation des besoins au service des conseils de santé régionaux afin de déterminer si une clinique est nécessaire.

Un certain niveau de concurrence serait utile. Nous avons actuellement un système un peu étonnant par lequel nous transmettons souvent certaines interventions à un environnement hospitalier à coût élevé alors que nous sommes réticents à instaurer des incitatifs pour assurer le contraire. Lorsque les Américains ont tenté de libérer les DRG des soins ambulatoires, si je ne m'abuse, ils ont donné 100 p. 100 aux cliniques et seulement 85 p. 100 aux hôpitaux. Les hôpitaux ont donc concentré tous ces soins dans une clinique.

This came home for me when it was explained to me in negotiations with the Ontario Medical Association that physicians would do vasectomies in-hospital because the set-up fee in their office caused them to lose $4.11. I did not think that was much money. They said if you do enough of them, it could turn out to be a lot of money.

If you are in the hospital paying the physician the fee for doing the work and the other costs are borne by the hospital budget, yet in the clinic setting the physician is bearing some portion of technical fees, you have created a slippery slope in the hospital. We created another one when we closed many small hospitals and centralized. The easy repair work that should stay locally and be done by a general surgeon ends up coming into the fancier, more expensive places.

The balancing piece to primary care reform is that we need to have an investment in non-bedded clinics. I do not know that they have to be either public or private. The minister was offended when she found out that the Shouldice Clinic was private. I said that there was a really good reason we were not going to touch it because it works very well. At some point, we must suspend ideology and go with what works.

Am intriguing example the other way is the Pan Am Clinic in Winnipeg, which have been a very successful orthopaedic clinic It is a private clinic just as an accident of its history. The government at enormous cost is acquiring it because it is offensive to that particular government that it is private.

I am not offended whether a clinic is private or public as long as the work gets done and efficient. I have no problem if a hospital says it wants want to set up a clinic. I do think that we should have a funding model that gives incentives to do things in a lower cost environment, if they can be safely and effectively be done there.

It is a huge missing piece in Canada. We are still using modified hospital environments to do things that could be done in a properly funded surgery centre. There are some remarkable examples. If you want to have fun, go to the Loyola University in Chicago and see the Mulcahy Outpatient Center. Walk through the adjacent hospital. You will find it spooky because when you walk through the hospital, there are no ambulatory patients. That hospital is the fifth highest intensity hospital in the U.S. It would probably be an intensive care ward here.

That surgery centre, which has tripled in size over the years, does an amazing amount of stuff for which we would hospitalize. They do it on a day basis. They open at 6:00 in the morning and close at 6:00 at night. If someone needs to be transferred to the hospital, they are transferred. The vast majority of their patients

J'ai compris cela lors des négociations avec l'Ontario Medical Association alors qu'on m'expliquait que les médecins pratiquent les vasectomies à l'hôpital parce que le coût de l'intervention en clinique leur faisait perdre 4,11 dollars. Je ne trouvais pas que c'était une grosse somme. Ils ont répliqué que si le médecin pratique suffisamment d'interventions de ce genre, ça pourrait effectivement devenir une grosse somme.

Prenons le cas d'une intervention à l'hôpital où le patient paie le médecin pour ses services et les autres coûts sont absorbés par le budget de l'hôpital, tandis que, pratiquée en clinique, une portion des coûts indirects est à la charge du médecin; on assiste alors à la création d'une situation de dérapage pour l'hôpital. On a déjà créé une situation semblable lorsqu'on a fermé plusieurs petits hôpitaux pour centraliser les services. Le travail simple de réparation qui devrait être fait dans les centres de soins locaux par le chirurgien généraliste aboutit dans les centres spécialisés de luxe plus coûteux.

L'élément nécessaire pour équilibrer la réforme des soins primaires est l'investissement dans les cliniques externes. Je ne sais pas si ces dernières devraient être publiques ou privées. La ministre était choquée d'apprendre que la clinique Shouldice est un organisme privé. Je lui ai dit que la bonne et simple raison pourquoi on n'y touchera pas est qu'elle fonctionne très bien. À un moment donné, il faut mettre l'idéologie de côté pour favoriser ce qui fonctionne.

Un exemple intéressant du fait contraire est la clinique Pan Am à Winnipeg qui était une clinique orthopédique très achalandée. Qu'elle soit une clinique privée n'est qu'un accident de parcours. Le gouvernement est en train de l'acquérir au gros prix parce qu'il n'accepte pas le statut privé de la clinique.

Que la clinique soit publique ou privée ne me choque pas dans la mesure où le travail se fait, et ce, efficacement. Je n'ai pas d'objections lorsqu'un hôpital projette d'ouvrir une clinique. Je crois que nous devrions établir un modèle de financement qui offre des incitatifs pour accomplir le travail dans un environnement moins coûteux, pourvu que ce soit fait de façon sécuritaire et efficace.

C'est une grosse pièce manquante au Canada. Nous utilisons toujours des centres hospitaliers modifiés pour accomplir le travail qui pourrait être fait dans un centre chirurgical convenablement financé. Il y a des exemples remarquables. Si vous voulez vous amuser, passez au Loyola University à Chicago pour visiter le Mulcahy Outpatient Center. Passez ensuite dans les corridors de l'hôpital qui est adjacent. Vous seriez étonnés de constater qu'il n'y a pas de patients ambulatoires. Cet hôpital se classe au 5e rang aux États-Unis pour l'intensité de ses soins. Ici, on en ferait probablement un service de soins intensifs.

Ce centre de chirurgie, dont les dimensions ont triplé depuis quelques années, fournit un grand nombre de services que nous offririons dans un centre hospitalier. Il le fait à l'intérieur des heures ouvrables normales. Il ouvre ses portes à 6 heures et les ferme à 18 heures. Si un patient a besoin de soins en centre

go home the same day. It is very cost-effective. It is a much lighter structure to run. You do not have 24-hour a day cost structure.

You need a regulatory framework. You need something like the Independent Health Facilities Act. You need a needs test.

If physicians can do vasectomies in their offices and get as good a result as doing them at the hospital, why do you want to slide these things into that setting? Some of the successful regions out west are contracting a great deal of service to providers, whether it is groups of physicians or clinics. That can be very beneficial to loosen up the system and get better value for the dollar.

The Chairman: Thank you on behalf of all of us. That was wonderful.

The committee adjourned.

hospitalier, il y est transporté. La grande majorité de ses patients rentrent à la maison le soir même. C'est un fonctionnement très économique. C'est une structure plus facile à gérer. On n'a pas les coûts d'une structure qui offre des services 24 heures sur 24.

On a besoin d'un cadre réglementaire. On a besoin d'une loi comme celle de l'Ontario. On a besoin d'une structure d'évaluation des besoins.

Si les médecins peuvent pratiquer les vasectomies en cabinet privé tout en obtenant des résultats équivalents à ceux en hôpital, pourquoi y laisser glisser ces interventions? Certaines régions dans l'Ouest sous-traitent avec succès un grand nombre de prestations à des fournisseurs de services, qu'ils soient des groupes de médecins ou des cliniques. C'est une solution bénéfique qui peut libérer le système et donner un bon rendement.

Le président: Merci de la part de nous tous. C'était très intéressant.

La séance est levée.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid Poste-payé
Lettermail Poste-lettre
03159442
OTTAWA

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, May 1, 2002:

From the Canadian Institute for Health Information:

Michael Decter, Chairman, Board of Directors.

TÉMOIN

Le mercredi 1 mai 2002:

De l'Institut canadien d'information sur la santé:

Michael Decter, président, Conseil d'administration.

Available from:
Public Works and Government Services Canada – Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9
Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

En vente:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9
Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca