



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

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

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

**Social Affairs,
Science and
Technology**

**Affaires sociales,
des sciences
et de la technologie**

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Monday, May 6, 2002

Le lundi 6 mai 2002

Issue No. 53

Fascicule n° 53

Fiftieth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Cinquantième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
* <i>Ex Officio Members</i>	

(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	Keon
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
* <i>Membres d'office</i>	

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, May 6, 2002
(64)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 257, East Block, at 9:00 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson and Roche (8).

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.*)

WITNESSES:

ROUND TABLE

From the Calgary Health Region:

Mr. Jack Davis, CEO.

As an individual:

Mr. Claude Forget, Former Minister of Health, Province of Quebec.

From Dalhousie University:

Dr. Nuala Kenny, Professor of Pediatrics and Chair, Department of Bioethics.

From St. Michael's Hospital:

Mr. Jeffrey Lozon, President and CEO.

As an individual:

Mr. Graham Scott, Former Deputy Minister of Health, Province of Ontario.

From the Royal Columbian Hospital:

Dr. Les Vertesi, Medical Director.

The Chairman made a statement.

Mr. Davis made a statement. Dr. Vertesi made a statement. Mr. Scott made a statement. Dr. Kenny made a statement. Mr. Lozon made a statement. Mr. Forget made a statement. The witnesses answered questions.

At 10:57 a.m., the sitting was suspended.

At 11:08 a.m., the sitting was resumed.

The witnesses answered questions.

At 12:35 p.m., the sitting was suspended.

At 1:00 p.m., the sitting was resumed.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le lundi 6 mai 2002
(64)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la pièce 250-S de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson et Roche (8).

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

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

TÉMOINS:

TABLE RONDE

De la Calgary Health Region:

M. Jack Davis, président-directeur général.

À titre personnel:

M. Claude Forget, ex-ministre de la Santé, province de Québec.

De l'Université Dalhousie:

La Dre Nuala Kenny, professeur de pédiatrie; présidente, Département de bioéthique.

De l'hôpital St. Michael's:

M. Jeffrey Lozon, président-directeur général.

À titre personnel:

M. Graham Scott, ex-sous-ministre de la Santé, province de l'Ontario.

De l'hôpital Royal Columbian:

Le Dr Les Vertesi, directeur médical.

Le président fait une déclaration.

M. Davis fait une déclaration. Le Dr Vertesi fait une déclaration. M. Scott fait une déclaration. La Dre Kenny fait une déclaration. M. Lozon fait une déclaration. M. Forget fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 10 h 57, la séance est suspendue.

À 11 h 08, la séance reprend.

Les témoins répondent aux questions.

À 12 h 35, la séance est suspendue.

À 13 heures, la séance reprend.

The witnesses continued to answer questions.

Les témoins répondent aux questions.

At 3:30 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

À 15 h 30, le comité ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, May 6, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:00 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

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

[*English*]

The Chairman: Senators, today we will begin hearings on volume 6 of our health care study. As most of you are aware, the study for the first five volumes began with some background material and some options; and then, in the volume we put out about two weeks ago, we outlined a series of principles for restructuring the hospital and doctor system in Canada.

We will hear from a panel of distinguished people from across the country, literally from one coast to the other, who will speak to two broad issues: development of a plan of action from the set of principles that we put forward; and, since we have made it clear that the health care system as we know it is fiscally unsustainable, their suggestions and thoughts, from a federal government point of view, as to how the additional funding can be injected into the system and the options for Canadians in helping to pay for improved health care.

Our first witness is Mr. Jack Davis, who is the Chief Executive Officer of the Calgary Health Region and former secretary to the cabinet in the Government of Alberta.

Mr. Jack Davis, CEO, Calgary Health Region: As a Western Canadian, I must say I feel I have achieved a certain status in life in appearing before this committee and I thank you for the opportunity to comment on health reform in Canada. As we all know, it is a hot topic these days, with a number of committees and commissions at both the provincial and federal levels reviewing the health care system, its sustainability, its future, et cetera. I will provide you with a quick overview of the major issues facing us and how best to approach them from my personal viewpoint, but also in terms of some of the discussions that are taking place in Alberta and in the Calgary Health Region.

We see three major issues facing the health system in Canada. The first is building a sustainable and predictable revenue stream. The Mazankowski report, recently tabled in Alberta, was the first major review to focus on cost containment and cost efficiency in the health care system and to put the revenue issue on the table. We need to get our heads around how to put together a revenue stream that is both sufficient and predictable.

The Mazankowski report, and our own thinking in Calgary and Alberta, is leading us to conclude that government cannot be the only answer. There need to be other revenue streams, and we

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 6 mai 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures 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 entreprenons aujourd'hui les audiences sur le volume 6 de notre étude du système de soins de santé. Comme la plupart d'entre vous le savent, nous avons, pour les cinq premiers volumes, d'abord étudié des documents d'information et des options; puis, dans le volume que nous avons rendu public il y a environ deux semaines, nous avons énoncé une série de principes pour la restructuration des soins hospitaliers et médicaux au Canada.

Nous allons entendre un groupe d'éminents Canadiens des quatre coins du pays, d'un océan à l'autre, littéralement, qui nous entretiendront de deux vastes questions: l'élaboration d'un plan d'action issu des principes que nous avons définis et, puisque nous avons établi clairement que le système de soins de santé tel que nous le connaissons n'est pas viable financièrement, leurs suggestions et leurs réflexions, d'un point de vue fédéral, sur les modalités d'injection de fonds additionnels dans le système de même que les options qui s'offrent aux Canadiens pour assumer les coûts de soins de santé améliorés.

Notre premier témoin est M. Jack Davis, président-directeur général de la Calgary Health Region et ex-secrétaire du Cabinet du gouvernement de l'Alberta.

M. Jack Davis, président-directeur général, Calgary Health Region: À titre de Canadien vivant dans l'Ouest, je dois avouer avoir ressenti un sentiment d'accomplissement personnel à l'idée de comparaître devant le comité. Je vous remercie de l'occasion qui m'est donnée de m'exprimer sur la réforme des soins de santé au Canada. Comme nous le savons tous, il s'agit aujourd'hui d'une question brûlante d'actualité, un certain nombre de comités et de commissions, aux niveaux provincial et fédéral, étudiant le système de soins de santé, sa viabilité, son avenir, et cetera. Je vais vous présenter un bref aperçu des principaux problèmes auxquels nous sommes confrontés et des meilleurs moyens d'y faire face, de mon point de vue personnel, mais aussi de celui de certaines discussions qui ont cours en Alberta et dans la Calgary Health Region.

Au Canada, le système de soins de santé fait face à trois problèmes principaux. Le premier a trait à l'établissement de revenus durables et prévisibles. Le rapport Mazankowski, récemment déposé en Alberta, a été le premier examen majeur portant sur la compression des coûts et l'efficacité dans le système de soins de santé et à mettre sur la table la question des revenus. Nous devons maintenant nous attaquer aux moyens d'établir des sources de revenu suffisantes et prévisibles.

Le rapport Mazankowski et notre expérience à Calgary et en Alberta nous amènent à conclure que le gouvernement ne peut être la seule réponse. On doit miser sur d'autres sources de revenu,

are currently looking at what those options might be. That includes everything from an insurance-based system to different ways to raise revenue, and even whether we could potentially sell some of our services internationally by bringing patients to Canada or by providing services in other countries. We must be very innovative on the revenue side. That is not to say that governments should be allowed to abdicate their responsibility for coming up with a more acceptable way to provide funding and resources for health care in Canada. That touches on a very key issue.

We are committed to what we call “spending smarter,” which means continuing to look not only for efficiency gains, but also for productivity gains within the delivery system, and we think they are there. They may require some additional investment. There is much discussion about the electronic health record, master patient indexes and ways of using technology to improve productivity. However, we think there are still some opportunities in system organization and inter-regional and interprovincial collaboration that should be aggressively pursued, and we are committed to that. Spending smarter is a key component of our strategy as we move forward.

The final component is referred to as “managing demand.” This means working with the public on how to encourage Canadians to take more responsibility for their own health, focusing on wellness and the prevention of illness and disease. We think this is a tremendous opportunity, and we have not attacked this problem in an organized and coherent fashion. We have not yet provided the needed resources, but we are committed, in Calgary in particular, to moving forward aggressively in this area. This was the first recommendation of the Mazankowski report. It is a high priority in Alberta and I think we can really move forward on those recommendations.

I will speak later to the role of the federal government in this area, but we would certainly like to see the aggressive use of tax incentives to promote wellness behaviour on the part of Canadians. When we look at health care, we see that the “sickness” part of the system is almost completely funded or free to the user, whereas on the wellness side of the agenda it is almost the reverse. Individuals are responsible for all of the costs and there is very little government incentive to promote wellness behaviour. Those are three key areas.

The Chairman: That will be an interesting topic to come back to. Our next witness is Dr. Les Vertesi, Medical Director at Royal Columbian Hospital in Vancouver. Interestingly enough, his medical specialty is dealing with emergency rooms and services. Dr. Vertesi has written a book on the health care system that the

et nous étudions présentement les options qui s’offrent à nous. Il peut s’agir d’un régime d’assurance à de nouveaux moyens de générer des revenus et même de la possibilité de vendre certains de nos services sur la scène internationale, soit en faisant venir des patients au Canada, soit en offrant des services dans d’autres pays. Sur le plan des revenus, nous devons faire preuve de beaucoup d’innovation. On ne doit pas pour autant permettre aux gouvernements d’abdiquer la responsabilité qui leur échoit de trouver un moyen plus acceptable de trouver des fonds et des ressources pour le système de soins de santé au Canada. En fait, nous sommes ici au cœur du problème.

Nous sommes déterminés à dépenser de façon plus intelligente, ce qui signifie que nous allons demeurer à l’affût de gains d’efficacité possibles, mais aussi de gains de productivité dans le système de prestation, et nous pensons qu’il existe des possibilités à ce chapitre. Pour ce faire, nous allons peut-être devoir consentir certains investissements additionnels. À l’heure actuelle, il est beaucoup question du dossier de santé électronique, des index-maîtres sur les patients et du recours à la technologie comme moyen d’améliorer la productivité. Cependant, nous sommes d’avis qu’il existe certaines possibilités relatives à l’organisation du système et à la collaboration interrégionale et interprovinciale qui devraient être explorées en profondeur, et nous sommes déterminés à le faire. Dépenser de façon plus intelligente est un volet clé de la stratégie que nous avons mise au point pour l’avenir.

Le dernier élément a trait à ce que nous appelons la «gestion de la demande». Il s’agit de définir avec le public les moyens d’inciter les Canadiens à assumer de plus grandes responsabilités vis-à-vis de leur propre santé, en mettant l’accent sur le bien-être et la prévention de la maladie. Nous pensons que cette approche est extraordinairement prometteuse. Jusqu’ici, nous ne nous sommes pas attaqués à ce problème de façon structurée et cohérente. Nous n’avons pas encore fourni les ressources nécessaires, mais nous sommes déterminés, en particulier à Calgary, à progresser de façon dynamique dans cette direction. C’était la première recommandation du rapport Mazankowski. En Alberta, il s’agit d’une priorité de tout premier plan, et je pense que nous pouvons faire beaucoup pour donner suite à ces recommandations.

Je dirai plus tard un mot du rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine, mais il est certain que nous préconisons le recours dynamique à des incitatifs fiscaux comme moyen de promouvoir l’adoption par les Canadiens d’un comportement favorisant le bien-être. À l’examen du système de soins de santé, on se rend compte que le volet du système portant sur la maladie est pratiquement financé à part entière ou gratuit pour l’utilisateur, tandis que, pour ce qui est du volet fondé sur le bien-être, c’est presque le contraire. Ce sont les particuliers qui assument la responsabilité de tous ces coûts, et le gouvernement fait très peu pour promouvoir l’adoption de comportements favorables au bien-être. Ce sont les trois principaux secteurs.

Le président: Nous reviendrons sur cette question intéressante. Nous allons maintenant entendre le Dr Les Vertesi, directeur médical à l’hôpital Royal Columbian de Vancouver. Fait intéressant, le Dr Vertesi se spécialise dans les salles et les soins d’urgence. Il a écrit un livre sur le système de soins de santé que le

committee found absolutely fascinating. It is not yet published, but he was kind enough to share it with the committee. We found that very helpful.

Dr. Les Vertesi, Medical Director, Royal Columbian Hospital: Ladies and gentlemen, thank you for the opportunity to appear before your committee. A few weeks ago, I had a discussion with one of my colleagues about the problems we were having with our health care system. Being an optimistic person, and having had a preview of the reports from this committee, I mentioned that, in just a few days, the next volume of the report of the Senate committee would be published and available and that it would have some interesting and useful information. However, his response surprised me. He said, "Oh no, not another report from another committee on health care." Those words came with me to Ottawa and have troubled me.

On the whole, Canadians are tolerant and trusting. Some might think that perhaps they are a little too tolerant. However, Canadians are not stupid and they are tired of listening to the same arguments about health care. They are tired, I think, of listening to people who insist on turning a question of delivery of services into a battle between good and evil. They are also tired of listening to governments, and others, telling them what they think is good for them.

My impression is there is more at stake here than just our health care, as if that were not enough. The credibility of our own government and its institutions are also on the line.

As a physician, not only was I trained to make a diagnosis, but to look for clues before doing so. Our health care system is in trouble, that much is clear. I think only the most rigid diehards will continue to deny that. The problems with our health care system seem to be widespread throughout all the provinces, no matter what the political jurisdiction or institutions, or the resources with which we are dealing.

That tells me that whatever we are doing wrong, if anything at all, we are all doing it. As I do not think someone is deliberately trying to sabotage health care, what we are doing wrong is also something we think we are doing right.

That brings up a disturbing question: What if we are doing something that we think is right but is actually wrong, and it lies right within the principles of health care that we cherish so much? One of the questions we will have to face is what would we do if it became evident that one of the serious problems with our health care system lies within the very principles we have sworn to defend?

Many people ask me what role the federal government can legitimately play in health care, since health is a provincial jurisdiction. However, if it is true that one of the problems with health care lies within the core principles we have established for

comité a jugé absolument fascinant. L'ouvrage est encore inédit, mais le Dr Vertesi a eu la gentillesse de le mettre à la disposition du comité. Cela nous a été très utile.

Le Dr Les Vertesi, directeur médical, hôpital Royal Columbian: Mesdames et messieurs, merci de l'occasion qui m'est donnée de comparaître devant le comité. Il y a quelques semaines, j'ai discuté avec un de mes collègues des problèmes auxquels fait face notre système de soins de santé. Étant d'un naturel optimiste et ayant pris connaissance des rapports publiés par le comité, j'ai mentionné que, dans quelques jours, le nouveau volume du rapport du comité du Sénat allait être publié et accessible et qu'on allait y retrouver certains renseignements intéressants et utiles. Sa réponse, cependant, m'a pris par surprise. Il a dit: «Ah non! Pas encore un rapport issu d'un comité sur les soins de santé». Ces mots, qui m'ont accompagné jusqu'à Ottawa, m'ont plongé dans la perplexité.

Dans l'ensemble, les Canadiens sont tolérants et confiants. Certains diraient même qu'ils sont peut-être un peu trop tolérants. Cependant, ils ne sont pas stupides et ils en ont assez d'entendre ressasser les mêmes arguments sur les soins de santé. Ils en ont assez, je pense, d'entendre ceux qui s'obstinent à faire de la question de la prestation de services une bataille entre le bien et le mal. Ils en ont assez d'entendre les gouvernements et d'autres leur dire ce qui est bien pour eux.

Mon impression, c'est que l'enjeu va ici bien au-delà des simples soins de santé, comme si ce n'était pas déjà suffisant. La crédibilité de notre gouvernement et de ses institutions est aussi en cause.

À titre de médecin, j'ai appris non seulement à établir des diagnostics, mais aussi à chercher des indices sur lesquels fonder ces derniers. Notre système de soins de santé est en difficulté, cela ne fait aucun doute. À mon avis, seuls les jusqu'au-boutistes les plus inflexibles continueront de le nier. Les problèmes qu'éprouve notre système de soins de santé semblent généralisés à toutes les provinces, peu importe l'administration politique, les institutions ou les ressources auxquelles nous avons affaire.

Voilà qui m'amène à conclure que nous commettons tous les mêmes erreurs, à supposer que ce soit là le problème. Je ne pense pas que quiconque s'amuse à saboter délibérément le système de soins de santé, ce qui m'amène à conclure que nous croyons faire bien ce que nous faisons de travers.

Voilà qui soulève une question troublante: qu'arrive-t-il si ce que nous croyons faire bien constitue en réalité une erreur et cette erreur a trait aux principes mêmes de la santé qui nous tiennent tant à cœur? L'une des questions que nous allons devoir nous poser est la suivante: que faire s'il apparaît évident que l'un des graves problèmes auxquels notre système de soins de santé est en butte a trait aux principes mêmes que nous nous sommes juré de défendre.

On me demande souvent quel rôle le gouvernement fédéral peut légitimement jouer dans les soins de santé, puisque la santé relève de la compétence des provinces. Or, s'il est vrai que l'un des problèmes que connaissent les soins de santé est lié aux principes

medicare, then who else but the federal government is in a position to identify that and do something about it?

I sincerely hope this meeting is not only about one more report on health care. Those disenchanted people out there who tend to vote with their feet and wallets will take care of themselves and their families by looking at private clinics or the United States if they have to, and they will eventually judge us. If we fail them, then we will be feeding that black market for health care services.

The fact is, regardless of how important we think the meeting here is today — and I believe it is important — the public is not exactly waiting with baited breath for our words of wisdom. We need to do something more than just generate another report. We need to do something that really counts, and I am here in Ottawa to help make that happen.

The Chairman: Next we have Graham Scott, a corporate lawyer. However, that is not why he is here today. He is here because of his background in health care. He is a former deputy minister of health in the Province of Ontario, and until very recently, was the chief executive officer of Cancer Care Ontario, which is the organization that links together all the cancer facilities in the province.

Mr. Graham Scott, Former Deputy Minister of Health, Province of Ontario: Honourable senators, I want to thank you for inviting me to participate in this event. I am very impressed with the quality of work of this committee to date, and while the most difficult decisions lie ahead, you have prepared a very solid base.

I support the three fundamental realities you set out in volume 5 and remain convinced that government can and must continue to be the single source of funds for essential health services and responsible for the establishment of health policy.

There is one thing I want to urge in your final report. I urge you to clarify and define the terminology around public and private participation in the future health system. Most Canadians want quality, affordable, accessible and efficient health care and, frankly, will not be concerned by the actual mix of for-profit and not-for-profit providers if they get it.

The public is completely confused by the lack of a clear differentiation between the private provision of health care within the publicly funded system and the private funding of components of current or future health care services. The committee will do a tremendous service to Canadians by clearly articulating the differences in the final report. This would also be an essential context for the committee's recommendations on the respective roles of public and private sector providers.

mêmes que nous avons définis pour le régime d'assurance-maladie, qui d'autre que le gouvernement fédéral est en mesure de les cerner et d'y remédier?

J'espère sincèrement que l'audience d'aujourd'hui ne s'inscrit pas uniquement dans la perspective d'un rapport de plus sur les soins de santé. Les Canadiens désenchantés qui tendent à s'exprimer en allant ailleurs et en dépensant leur argent ailleurs subviendront à leurs besoins et à ceux de leur famille en s'adressant à des cliniques privées ou, s'il le faut, en se rendant aux États-Unis, et ils finiront par porter un jugement pour nous. Si nous échouons, nous allons alimenter le marché noir des services de soins de santé.

Peu importe l'importance que nous attachons à la séance d'aujourd'hui — et je crois pour ma part qu'elle est importante —, les Canadiens ne sont pas exactement disposés à boire nos mots de sagesse comme du petit lait. Nous ne devons pas nous contenter de produire un rapport de plus. Nous devons prendre des mesures qui comptent, et c'est pour cette raison que je me trouve ici à Ottawa.

Le président: Nous allons maintenant entendre Graham Scott, qui agit comme conseiller juridique auprès d'entreprises. Cependant, ce n'est pas à ce titre qu'il est ici aujourd'hui. Nous l'avons invité en raison de ses antécédents dans le domaine des soins de santé. Il a été sous-ministre de la Santé en Ontario et, jusqu'à tout récemment, il était le premier dirigeant d'Action Cancer Ontario, organisme assurant la liaison entre tous les centres de cancérologie de la province.

M. Graham Scott, ex-sous-ministre de la Santé, province de l'Ontario: Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invité à participer à la séance d'aujourd'hui. Je suis très impressionné par la qualité du travail effectué par le comité jusqu'ici. Même si les décisions les plus difficiles restent à prendre, vous avez jeté des bases très solides.

Je suis d'accord avec les réalités fondamentales que vous avez énoncées dans le volume 5. Je demeure convaincu que le gouvernement peut et doit continuer d'être la seule source de financement des services de santé essentiels et qu'il doit demeurer responsable de l'établissement de la politique en matière de santé.

C'est l'une des questions que je vous invite à préciser dans votre rapport. Je vous prie instamment de clarifier et de définir la terminologie qui entoure la participation publique et privée au futur système de soins de santé. La plupart des Canadiens tiennent à des soins de santé abordables, accessibles, efficaces et de qualité. Franchement, la répartition effective des fournisseurs à but lucratif et sans but lucratif leur apportera peu, à condition qu'on leur assure de tels services.

L'absence de distinctions claires entre la prestation privée de soins de santé au sein du système public et le financement privé de certains volets des services de soins de santé actuels ou futurs plonge les citoyens dans la confusion totale. Le comité rendra un fier service aux Canadiens en présentant clairement les différences dans son rapport final. Ces précisions serviraient également de contexte essentiel aux recommandations que formulera le comité sur les rôles respectifs des fournisseurs des secteurs public et privé.

The best way to determine the potential of the private sector and help Canadians achieve their health goals within the public system is to avoid the strident and destructive debate that equates anything private with advocates who argue for a U.S.-style health care and sterile formulas for the ratio of for profit to not for profit within the system. Debate between the polar extremes prevents the examination of the potential role for the private sector within a public system. We must be prepared to examine where the creative use of the private sector will help Canadians achieve their societal health goals. Tired, inflexible absolutes on profit versus non-profit arguments may deny the public system valuable options.

The subject of sustainability often generates more heat than light, and much of this is due to the proposition that when you lack a reliable system of information, all opinions are equal. The health system currently requires more financial support, predictable funding and solid information. Funding is needed to help make up ground lost in the last decade, to address the required continuum of care through consistent and reasonable access, partially publicly fund home care and drugs and, of course, to develop effective information and management planning systems.

To become sustainable, the system requires more than additional funding. We are building on an outdated and unsustainable structure. We could accomplish a great deal more with a realignment of incentives within the system, something you noted in your report. Realignment of incentives, however, requires political courage in guiding both providers and purchasers through considerable change while ensuring predictable funding to support long-term planning and organization.

Between 1996 and 2000, in my practice with McMillan Binch, and together with my colleague, Maureen Quigley of Maureen Quigley and Associates, I was privileged to participate in mergers involving some 36 hospitals in Ontario. There were many lessons learned, and few are unique to Ontario. The crucial lesson for me was that hospital reform, on its own, can only have a limited impact if not matched with reforms to other parts of the system. There was no mandate to ensure that physicians, nurses and other professionals were positioned to work more effectively within reformed institutions. We do not even come close to making optimal use of the professional health talent we have in this country. The problems in primary care reform expose the often artificial but powerful limitations on effective use of our professionals.

With regard to how additional health funding may be raised, if we are to develop sources beyond general revenues, there is substantial merit in identifying specific funding methods in order

La meilleure façon de définir le potentiel du secteur privé et d'aider les Canadiens à réaliser leurs objectifs sanitaires au sein du régime public consiste à éviter le débat véhément et destructeur dans lequel on assimile tout ce qui est privé aux partisans d'un système de soins de santé à l'américaine, de même que les formules stériles d'établissement de ratios entre les services à but lucratif et sans but lucratif au sein du système. Le débat entre des positions polarisées empêche l'examen du rôle potentiel du secteur privé dans un régime public. Nous devons être prêts à déterminer où le recours créatif au secteur privé aidera les Canadiens à réaliser leurs objectifs sociaux dans le domaine de la santé. En se campant sur de vieilles positions inflexibles fondées sur la notion de profit, on risque de priver le régime public d'options précieuses.

Souvent, la question de la viabilité suscite plus de controverse que d'explications et le phénomène s'explique en grande partie par le fait que, en l'absence d'un mécanisme d'information fiable, toutes les opinions sont égales. Le système de soins de santé a aujourd'hui besoin d'un soutien financier accru, d'un financement prévisible et de plus d'informations solides. On doit injecter des fonds pour rattraper le temps perdu au cours de la dernière décennie, assurer le continuum de soins nécessaires au moyen d'un accès cohérent et raisonnable, fournir des soins à domicile et des médicaments financés en partie par le régime public et, bien entendu mettre au point des systèmes efficaces d'information et de gestion prévisionnelle.

Des fonds additionnels ne suffiront pas à assurer la viabilité du système. Nous bâtissons sur des fondements désuets et non viables. Nous pourrions accomplir bien davantage au moyen d'un réalignement des incitatifs inhérents au système, comme vous l'avez relevé dans votre rapport. Le réalignement des incitatifs, cependant, suppose que l'on fasse preuve de courage politique. En effet, on devra aider les fournisseurs et les acheteurs à accepter des changements considérables, tout en garantissant un financement prévisible pour soutenir l'organisation et la planification à long terme.

Entre 1996 et 2000, j'ai, dans ma pratique chez McMillan Binch, eu le privilège, de concert avec ma collègue Maureen Quigley de Maureen Quigley and Associates, de participer aux fusions auxquelles ont été mêlés 36 hôpitaux de l'Ontario. Nous avons tiré de nombreuses leçons de l'expérience, et rares sont celles qui sont propres à l'Ontario. À mes yeux, la leçon cruciale est que la réforme du réseau hospitalier aura en soi un effet limité si elle ne s'accompagne pas de la réforme d'autres volets du système. On n'avait rien prévu pour faire en sorte que les médecins, les infirmières et d'autres professionnels de la santé aient les moyens de travailler plus efficacement au sein des établissements réformés. Nous sommes encore bien loin d'exploiter au maximum le potentiel des professionnels de la santé du pays. Les problèmes que soulève la réforme des soins primaires font ressortir les restrictions souvent artificielles mais néanmoins rigoureuses qui nuisent à l'utilisation efficace de nos professionnels.

En ce qui concerne les moyens de générer des fonds additionnels pour la santé, on serait fondé à définir des méthodes de financement précises pour favoriser la

to encourage accountability and transparency. Such new revenue sources should be focused on the specific needs of the system, and I would target health information systems as our greatest priority, as without it, and without some dedicated funding source, it is unlikely ever to be properly funded. Premiums and copayments are acceptable approaches, provided there are safeguards for individuals with lower incomes.

As to broader financing reforms, the utilization of the tax system, as proposed some years ago and revived this month in a different form by the C.D. Howe Institute, should merit special attention from the committee. It provides an effective approach to many of the issues in revenue generation. Finance ministries will not like it, and while we are on the subject of what they may not like, even an add-on to the GST might be a useful vehicle. It would certainly test people's commitment to spending on health care.

As to administration and management, in an ideal world, an arm's-length administration would be desirable. However, as it involves the expenditure of a large portion of provincial budgets, it is problematic to expect a provincial government to be comfortable with so much budget spending beyond ministerial control. However, the idea of specific authorities clearly focused on management of certain aspects of the system and reporting to the health minister has much to commend it. This can enhance both concentration of expertise and accountability.

Finally, there is little mystery involved in health reform. The challenge is one of change, and change is always threatening. We have many disparate and influential voices in health care, combined with very nervous Canadians who fear for their future. It will take political courage, federal-provincial cooperation, clarity and determination to bring about the needed reforms.

The example of your committee to date in working together to tackle this difficult issue provides encouragement that this just might happen. If it does, it will ensure that Canadians have quality, affordable and sustainable health care.

The Chairman: Our next speaker is Sister Nuala Kenny. In addition to being a member of a religious order, she is also a doctor and a professor of pediatrics at Dalhousie Medical School. She is the Chair of its Department of Bioethics and is also a former deputy minister of Health for the Province of Nova Scotia.

Dr. Nuala Kenny, Professor of Pediatrics and Chair, Department of Bioethics, Dalhousie University: Thank you for inviting me to participate today. Let tell you, first, of the lens

responsabilisation et la transparence, à supposer que nous tentions de repérer des sources autres que les recettes générales. Ces nouvelles sources de revenu devraient être centrées sur les besoins précis du système, et je suis pour ma part d'avis que les systèmes d'information sur la santé constituent notre toute première priorité puisque sans un tel ordre de priorité et sans une forme ou une autre de financement de fonds réservés, de tels systèmes ne seront probablement jamais adéquatement financés. Les cotisations et les quotes-parts représentent des approches acceptables, à condition qu'on prévoie des garanties pour les personnes à faible revenu.

En ce qui concerne les réformes plus générales du financement, le comité devrait accorder une attention toute particulière à l'utilisation du régime fiscal, comme on l'a proposé il y a quelques années, question que l'Institut C.D. Howe a remise sur le tapis ce mois-ci, dans une version différente. En fait, il s'agit d'une approche efficace de bons nombres de problèmes liés à la génération de revenus. Les ministres des Finances ne la verront pas d'un bon œil, et pendant que nous parlons des sujets susceptibles de leur déplaire, je mentionne que même une majoration de la TPS pourrait constituer un véhicule utile. La mesure permettrait à coup sûr de vérifier la volonté des citoyens de dépenser dans le domaine des soins de santé.

En ce qui concerne l'administration et la gestion, il serait souhaitable, dans un monde idéal, de miser sur une administration autonome. Cependant, comme cela suppose l'utilisation d'une bonne part des budgets provinciaux, on ne peut s'attendre à ce qu'un gouvernement provincial accueille favorablement des dépenses d'une telle ampleur échappant au contrôle ministériel. Cependant, l'idée de recourir à des responsables précis clairement voués à la gestion de certains aspects du système et relevant du ministre de la Santé a de quoi plaire. Une telle mesure favoriserait la concentration de l'expertise et de la reddition de comptes.

Enfin, la réforme de la santé n'a rien de bien mystérieux. Le défi consiste à apporter du changement, et le changement est toujours menaçant. Des voix influentes et disparates s'élèvent dans le domaine des soins de santé, lesquelles se conjuguent à celles de Canadiens très nerveux, qui craignent pour l'avenir. Pour effectuer les réformes nécessaires, on devra compter sur le courage politique, la coopération fédérale-provinciale, la clarté et la détermination.

L'exemple fourni jusqu'ici par votre comité, qui n'a pas hésité à s'attaquer à cette tâche difficile, laisse croire que c'est peut-être possible. Le cas échéant, les Canadiens bénéficieront de soins de santé abordables, viables et de qualité.

Le président: Nous allons maintenant entendre sœur Nuala Kenny. En plus d'être membre d'un ordre religieux, elle est médecin et professeure de pédiatrie à l'école de médecine de l'Université Dalhousie. Elle est la présidente du Département de bioéthique et a déjà été sous-ministre adjointe de la Santé de la province de la Nouvelle-Écosse.

La Dre Nuala Kenny, professeure de pédiatrie et présidente, Département de bioéthique, université Dalhousie: Merci de m'avoir invitée à participer aujourd'hui. Permettez-moi d'entrée de jeu de

through which all my comments today will be made, as it is the lens to which I am irrevocably committed. It is one through which I think the issue of Canadian health reform must be focused, and that is, the manifestation of Canadian values.

I want to summarize what has been a fair amount of work on my part, soon to be published, and which will be quite different from the perspective of Dr. Vertesi. I hope that, through the course of the day, we will have an opportunity to compare and contrast views, looking in a very respectful way at different interpretations of the issues before us.

The lens that I want to bring is really a summary statement of the values that have been incorporated into the development of Canadian health care until now. If we look at the history and get beneath much of the rhetoric about the principles of the Canada Health Act themselves being a manifestation of values, I have concluded that in fact there are four fundamental values that have shaped where we are today and which constitute the lens through which we need to look to the future.

The first value is that of solidarity, or collective responsibility. It has become clear that the Canadian approach to health need is that “we are in this together.” Health need has been seen as a particular kind of need that requires a collective responsibility, a kind of social solidarity that has been very powerful in our history.

The second value, aligned to that but distinct from it, is that Canadians have attributed particular importance to the value of fairness. Being fair has been extraordinarily important in our history. In health care, fairness is understood as equity, and what I now believe to be a unique Canadian conception of it. Canadians understand that, in health care, fairness, understood as equity, means treating persons the same but taking into account substantive differences.

We have in fact believed and understood that health need is a substantially different kind of need from other human needs. We have taken it into account by providing a collective response, with shared risk.

Those two values — solidarity and equity — have meant that in the arena of health need and response to it, we have understood that assumption of shared risk means that there will be a redistributive agenda. Of necessity, the people who are sicker — and the poorer who are sicker — will require resources from those who are wealthier and healthier in order to provide for their particular health need. I will return to that in my summary analysis of what I hope we will debate in detail today, because it becomes important.

The third value I want to emphasize is that of compassion. Canadians have always understood that in some way, this is not simply a collective responsibility for the sake of a kind of

vous dire sous quel angle je vous présenterai mes propos d’aujourd’hui. C’est l’angle que j’ai adopté de façon irrévocable. À mon avis, c’est sous cet angle qu’on doit aborder la question de la réforme des soins de santé au Canada. Je veux parler des valeurs canadiennes.

J’aimerais vous résumer brièvement des travaux considérables que j’ai menés et qui feront bientôt l’objet d’un livre, lequel sera relativement différent de celui du Dr Vertesi. J’espère que, dans le courant de la journée, nous aurons l’occasion de comparer nos vues et de les mettre en contraste, afin de porter un regard très respectueux sur les différentes interprétations possibles des problèmes auxquels nous sommes confrontés.

L’angle sous lequel je souhaite aborder le débat constitue en réalité une déclaration sommaire des valeurs intégrées jusqu’ici à l’élaboration du système de soins de santé du Canada. À l’examen de l’histoire et de la rhétorique qui sous-tend les principes de la Loi canadienne sur la santé, lesquels traduisent eux-mêmes les valeurs, j’en suis venue à la conclusion qu’il existe quatre valeurs fondamentales qui nous ont conduits là où nous sommes aujourd’hui et qui constituent l’angle sous lequel nous devons appréhender l’avenir.

La première valeur, c’est celle de la solidarité ou de la responsabilité collective. Il est apparu clairement que l’approche canadienne des besoins en santé se résume comme suit: «Nous sommes tous dans le même bateau». On considère les besoins en santé comme des besoins particuliers faisant appel à un sens collectif de la responsabilité, forme de solidarité sociale qui a joué un rôle très important dans notre histoire.

La deuxième valeur, qui s’inscrit dans le prolongement de la première tout en étant distincte, c’est que les Canadiens ont accordé une importance particulière à la justice. La justice a joué un rôle d’une importance extraordinaire dans notre histoire. Dans le domaine des soins de santé, «justice» s’entend d’«équité», et je crois que les Canadiens s’en font une conception unique. Dans le domaine des soins de santé, les Canadiens se rendent compte que la justice, au sens d’équité, signifie qu’on doit traiter tout le monde sur un pied d’égalité, dans le respect des différences de fond.

En fait, nous avons cru et compris que les besoins en santé sont sensiblement différents des autres besoins humains. Nous en avons tenu compte en nous dotant d’une solution collective, en vertu de laquelle les risques sont partagés.

Ces deux valeurs — la solidarité et l’équité — ont fait en sorte que, relativement aux besoins en santé et à la satisfaction de ces derniers, nous avons compris que le partage des risques entraîne forcément une forme de redistribution. Par la force des choses, les personnes qui sont plus malades — et les plus pauvres qui sont plus malades — exigeront, pour la satisfaction de leurs besoins particuliers en santé, plus de ressources que celles qui sont mieux nanties et en meilleure santé. J’y reviendrai dans mon analyse sommaire des questions dont nous allons débattre en détail aujourd’hui, du moins je l’espère, parce qu’elles sont importantes.

La troisième valeur que je souhaitais mettre en lumière est celle de la compassion. D’une certaine façon, les Canadiens ont toujours compris que la responsabilité collective ne visait pas

efficiency, but rather, mixed with our particular approach is an understanding that health need in all its complex forms — not simply acute health care — requires a certain kind of identification with those who suffer; that we have a sense, not just that they are sick, but of trying to get underneath what it must be like to be carrying that burden of illness, disease or disability.

Therefore we have solidarity, equity and compassion, and one final one I want to mention. I believe that what is at stake here — and you will see it in my specific comments on your report — is a different way of understanding the value of efficiency. I would suggest that equity is being challenged.

I give you great credit for the courage shown in volume 4 in stating upfront a different articulation of equity: That is, not whether we are being fair to the poor, but whether we should redistribute to be more fair to those who have resources. That is a fundamental question and we should address it head on.

Historically, we have valued a universal, single-payer accessible health care system because it has been more efficient. It has been more efficient precisely because government most efficiently delivers public goods, not market goods.

Of course our administrative costs, compared to any system that understands health care as a market good, show more efficiency. My point is that our understanding of efficiency is intimately related to the understanding that health care is not a market good like others; it is a public good. I then look at your report through that lens. There are a few points that I hope we will discuss in a very succinct fashion through the day.

First, I will say that your conclusion that the present system is unsustainable is problematic for me, not because I am a Pollyanna failing to understand the pressures, but rather because of the interpretation, which is that there are grave inefficiencies in our system. However, not all of the focus is placed on fixing the inefficiencies. You have done a very good job of focusing still on a single insurer and then attempting to look at ways to have a better mix of private-public delivery. I greatly appreciate that you are trying to focus on that because I agree completely that one of the things we have to do is spell out more specifically the distinction between public-private payer-insurer, and public-private, for-profit, not-for-profit delivery. We must make those distinctions. I think you have begun to do that.

simplement à assurer une forme d'efficience. Notre approche particulière repose plutôt sur la reconnaissance du fait que les besoins en santé, dont les formes sont complexes et multiples — je ne parle pas que des soins actifs —, exigent une certaine forme d'identification aux personnes qui souffrent. Au-delà de la certitude qu'elles sont malades, nous tentons de nous faire une idée de ce que représente le fardeau découlant d'une maladie ou d'une invalidité.

Outre, la solidarité, l'équité et la compassion, il y a une dernière valeur que je tiens à souligner. Ce qui est en jeu — vous le constaterez dans mon analyse détaillée de votre rapport —, c'est une nouvelle compréhension de la valeur que représente l'efficience. À mon avis, l'équité est remise en question.

Permettez-moi de vous rendre hommage pour avoir eu le courage, dans le volume 4, d'exposer d'emblée une nouvelle définition de l'équité: ainsi, la question serait de savoir non pas si les pauvres bénéficient d'un traitement équitable, mais plutôt de déterminer si nous devrions redistribuer pour assurer un traitement plus équitable aux personnes qui ont des ressources. C'est une question fondamentale à laquelle nous devrions nous attaquer de plein fouet.

Historiquement, nous avons préconisé un système de soins de santé universel et accessible à payeur unique parce que c'était le modèle le plus efficient. S'il était plus efficient, c'est précisément parce que c'est dans le domaine de la prestation de biens publics, et non de biens de marché, que le gouvernement est le plus efficient.

Bien entendu, nos frais d'administration, lorsqu'on les compare à ceux de tout système qui traite les soins de santé comme des biens de marché, dénotent plus d'efficience. Ce que je veux dire, c'est que l'idée que nous nous faisons de l'efficience est intimement liée à la conviction que nous avons que les soins de santé ne sont pas des biens de marché comme les autres. En fait, il s'agit de biens publics. Permettez-moi maintenant d'examiner votre rapport sous cet angle. Il y a un certain nombre de points dont nous allons débattre de façon très succincte aujourd'hui, du moins je l'espère.

Premièrement, je dois avouer que la conclusion à laquelle vous en venez, à savoir que le système actuel n'est pas viable, me pose problème, non pas parce que la Pollyanna que je suis est incapable de comprendre les pressions, mais plutôt à cause de l'interprétation, c'est-à-dire que notre système comporte de nombreuses pratiques non efficientes. Cependant, on ne met pas tout l'accent sur les mesures correctives. Vous avez fait du très bon travail en continuant de mettre l'accent sur un assureur unique pour ensuite tenter d'examiner les moyens d'établir une meilleure répartition entre les modes de prestation privé et public. Je vous suis profondément reconnaissante de tenter de cibler cette question parce que je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire que nous devons définir avec plus de précision la distinction entre payeur et assureur public et privé, de même qu'entre prestations publique et privée, à but lucratif et sans but lucratif. Nous devons établir ces distinctions. Je pense que vous avez commencé à le faire.

However, I will say that the inefficiencies rampant in our present system should always be our first focus before we engage in anything that may alter those fundamental values that I mentioned. I will speak now of one other, then I will list five comments.

It is not just true that every province in this country is under pressure; every health care system in the world is under pressure. Every mechanism, every combination of public-private, including mechanisms that are profoundly market based, are under stress, because the question of expectations is not a simple one. We are rooted in a most complex society that has medicalized every aspect of human life. We are rooted in a science and technology that can do wonders, but which then partly create an enormous cascade of requirements for further dependence on health care and health technology.

Our expectations of health science and technology and, therefore, a health system, are deeply rooted. Thus the question of rationing, of unavailability of essential services, is not a wartime question. Our decision-making issue is that we have an abundance of opportunities for earlier and earlier intervention in a wider range of diseases and conditions. We will always have to make choices about the best way to use resources. That is so for private insurance just as much as for public insurance.

The issues of expectations and inefficiencies are deeply rooted in the problem.

My comments on what will work and what will not work, and what I like in what you have done so far and what I think is problematic, can be summarized this way.

First, you need to be clear in volume 6 about the goal of your reforms. We need to be clear about the goal regarding the maintenance of universal access for the poor, or medically necessary services, or however that problematic distinction might be identified. What is the goal of cost containment? What is the goal in relation to quality and outcomes, and what is the goal of a different interpretation of equity or fairness? Are we now in a different place in Canadian society and do we need to rethink that? It is only when the goal is clear that I can answer the question of what will work or not work. I need to be more specific that way.

Next, I will say that your emphasis on a single funder is extraordinarily important to me. It is a highlight of your report and I commend you for it. The only hesitation I would voice is that it seems to be limited to the doctor and hospital system. We have yet to engage in that second set of reforms that were at the

Cependant, je tiens à dire que nous devrions nous attaquer aux pratiques non efficaces qui grèvent notre système actuel avant d'entreprendre une campagne susceptible de modifier les valeurs fondamentales auxquelles j'ai fait allusion. Je vais maintenant en mentionner une autre, après quoi je ferai cinq commentaires.

Il n'y a pas que toutes les provinces du pays qui subissent des pressions; on peut en dire autant pour tous les systèmes de soins de santé du monde. Tous les mécanismes, y compris ceux qui combinent les secteurs public et privé, y compris les mécanismes profondément ancrés dans l'économie de marché, subissent des pressions, du simple fait que la question des attentes n'a rien de simple. Nous faisons partie d'une société des plus complexes où les moindres aspects de la vie humaine ont été médicalisés. Nous vivons dans une société où les sciences et la technologie font des merveilles; du même souffle, en revanche, elles sont en partie responsables de la création d'attentes énormes qui renforcent la dépendance à l'égard des soins de santé et de la technologie de la santé.

Nos attentes à l'égard des sciences et des technologies de la santé et, par conséquent, du système de soins de santé sont donc profondément enracinées. Ainsi, la question du rationnement des soins de santé et de la non-disponibilité de services essentiels ne se pose pas en temps de guerre. En ce qui concerne la prise de décisions, le problème auquel nous faisons face tient au fait que, relativement à un large éventail de maladies et d'affections, nous disposons d'un grand nombre de possibilités d'interventions plus simples et plus précoces. Nous allons toujours devoir effectuer des choix relativement à la meilleure utilisation possible des ressources. Cela vaut pour l'assurance privée tout autant que pour l'assurance publique.

Les questions relatives aux attentes et aux pratiques non efficaces sont profondément ancrées dans le problème.

Mes commentaires au sujet des solutions qui fonctionneront et celles qui ne fonctionneront pas ainsi qu'au sujet de ce qui me plaît dans ce que vous avez fait jusqu'ici et de ce qui me paraît poser problème, peuvent se résumer comme suit.

D'abord, vous devez, dans le volume 6, exposer clairement le but de vos réformes. Nous devons établir clairement l'objectif qui consiste à préserver l'accessibilité universelle pour les pauvres ou l'accès aux services médicalement nécessaires, peu importe comment on établira cette distinction problématique. Quel est l'objectif de la compression des coûts? Quel est l'objectif en ce qui concerne la qualité et les résultats? Quel est l'objectif d'une interprétation différente des notions d'équité ou de justice? Vivons-nous aujourd'hui dans un lieu différent de la société canadienne? Devons-nous revenir sur toutes ces questions? Ce n'est que lorsqu'on aura établi clairement l'objectif que je serai en mesure de répondre à la question de ce qui fonctionnera ou de ce qui ne fonctionnera pas. J'ai besoin de plus de détails.

Ensuite, je précise que l'accent que vous mettez sur un bailleur de fonds unique revêt à mes yeux une importance extraordinaire. Il s'agit d'un point saillant de votre rapport, et je vous en félicite. La seule hésitation que j'ai, c'est que vous semblez vous limiter au médecin et au réseau hospitalier. Nous n'avons toujours pas

heart of the vision for Canadian medicare. However, I absolutely commend you for identifying the central importance of a single funder.

Your key concept of an unregulated monopoly is truly problematic for me. I believe you contradict yourselves in volume 5 by indicating quite clearly early on in the document that there is a huge range of people who provide private health care. Doctors and most hospitals deliver the system in an unregulated way, and then you talk about the insurer and provider roles being the same. I do not understand what you are talking about. I did not understand it when I saw it in the Mazankowski report, and I have not seen it in a very extensive review of the literature on health systems over the last year and one-half.

Incentives are important. I would ask that we look at hospitals in detail. Global funding is a cost-containment mechanism. The movement to separate out functions, which I know we will discuss in detail, seems to me to be a formula for providing specific boutique-type interventions rapidly and efficiently, while real sickness and complicated patient care is being potentially put at risk. We need to address that question. I agree completely with the incentives around physician care, and I would commend you for the essential place you give to primary care reform and the absolute need to rethink scope of practice. I would say, if anything, you have not identified deeply and strongly enough how problematic that will be. This is a fundamental question in the reform of the system, and I believe it is far more at the level of philosophy and power sharing than it is at the level of remuneration, though remuneration and incentive become important.

Finally, on the issue of gaps in the system and the proposals that you have looked at here, I believe that national pharmacare and home care programs should be incorporated into our coverage. When you look at competition, you are into a market mechanism that does not serve health care well, except in the case of clear, designated specific services that can be delivered almost on a conveyor belt. Complex care requires integration, not competition.

With the greatest of respect, I wonder whether any of you looked at the question of competition from the perspective of any place other than downtown Toronto. To answer the question of competing and buying and fund holding, and from whom you are going to buy it and who is going to provide it most efficiently, please visit me in the Maritimes.

Finally, I would emphasize your commitment to public involvement in future coverage issues. There will never be enough under any kind of plan for all persons to receive all potential health benefits. Decisions will always have to be made, and I have concluded that the process is the most important

entrepris la deuxième série de réformes qui étaient au cœur de la vision du régime d'assurance-maladie du Canada. Cependant, je tiens absolument à vous féliciter d'avoir fait ressortir l'importance centrale que revêt l'existence d'un bailleur de fonds unique.

Par ailleurs, l'idée clé que vous avancez d'un monopole non réglementé pose vraiment problème à mes yeux. Dans le volet 5, je suis d'avis que vous vous contredisez vous-même en indiquant dans les premières pages du document qu'il existe un très grand éventail de fournisseurs de soins de santé privés. Les médecins et la plupart des hôpitaux fonctionnent sans réglementation. Ensuite, vous dites que les assureurs et les fournisseurs jouent le même rôle. Je ne comprends pas de quoi vous parlez. Je n'ai pas non plus compris lorsque j'ai lu la même chose dans le rapport Mazankowski, et je n'ai rien vu à ce sujet dans une analyse très poussée de la documentation sur les systèmes de santé au cours des dix-huit derniers mois.

Les incitatifs sont importants. J'aimerais qu'on s'intéresse en profondeur à la question des hôpitaux. Le financement global est en soi un mécanisme de compression des coûts. Le mouvement qui consiste à dissocier les fonctions, je sais que nous y reviendrons plus en détail, me semble une formule permettant d'effectuer des interventions ponctuelles précises de façon rapide et efficiente, pendant que le soin des véritables maladies et des patients dont le cas est complexe courent des risques. Nous devons nous attaquer à cette question. Je suis tout à fait d'accord avec les incitatifs pour les médecins, et je tiens à vous féliciter de la place essentielle que vous faites à la réforme des soins primaires et à la nécessité absolue de repenser les champs d'activité. En fait, je suis d'avis que vous n'avez pas établi avec assez de force et de profondeur les difficultés qui s'y rattacheront. Il s'agit d'une question essentielle pour la réforme du système, et je pense que le problème se pose davantage au niveau de la philosophie et du partage des pouvoirs qu'au niveau de la rémunération, même si la rémunération et les incitatifs deviennent importants.

Enfin, en ce qui concerne les lacunes du système et les propositions que vous avez envisagées ici, je suis d'avis qu'on devrait prévoir un régime national d'assurance-médicaments et de soins à domicile. À l'examen de la concurrence, on se rend compte que nous avons affaire à un mécanisme de marché qui ne sert pas bien les intérêts des soins de santé, sauf en ce qui concerne les services clairs et précis qu'on peut assurer de façon presque machinale. Les soins complexes supposent l'intégration, et non la concurrence.

Avec tout le respect que je vous dois, je me demande si vous avez étudié la question de la concurrence dans une perspective autre que celle du centre-ville de Toronto. Pour répondre à la question de la concurrence, de l'approvisionnement, des enveloppes budgétaires, des fournisseurs éventuels et de ceux qui sont en mesure de fournir les services de la façon la plus efficiente, je vous invite à venir me rencontrer dans les Maritimes.

Enfin, je tiens à souligner que vous vous êtes engagé à associer les citoyens à l'étude des questions futures touchant la protection. Aucun régime ne suffira jamais à assurer à tous les avantages possibles sur le plan de la santé. Il y aura toujours des décisions à prendre, et j'en suis venue à la conclusion que le processus est la

question, and the most difficult part of the process is to develop an educated public. The hype about health care, the benefits of new drugs and untested, improperly assessed technology is so great that a truly educated public and, at times, truly educated colleagues in medicine, can be hard to find. We have not appropriately assessed it. Public education becomes an important issue for a public policy such as health care.

I commend you greatly for your work. You are trying to do something different here. I am only cautious because in your commitment to a single funder, which I applaud, and in your attempt to look at mechanisms to make this work, you have a mix of things I love and things that, through the lens of solidarity, equity, compassion and efficiency, I have to stop and think about.

The Chairman: Our next speaker is Mr. Lozon, the President and Chief Executive Officer of St. Michael's Hospital in Toronto and a former deputy minister of health in the Province of Ontario.

Mr. Jeffrey Lozon, President and CEO, St. Michael's Hospital: I thank you for the opportunity to be here with you this morning. I am looking forward to our discussions, and particularly the interchange between committee members and colleague panellists. I expect there will be some differences of opinion on this side of the table, as there probably are on yours, but thank you nonetheless for the privilege of taking part.

Secondly, I congratulate you. When I appeared before your committee in Toronto, I congratulated you on the work that had been done to date, and I would echo that on the basis of volume 5. As I have said before, this should be required reading for all students of health administration. It provides a nice historical background and good international context, a clear description and some cogent recommendations for the future. You are on the right track.

My opening comments are delivered from two perspectives. One is about scope and timing, and the second is about content.

One of the difficulties in talking about health care reform is the question of scope. How deep should you go in your suggestions or recommendations for change? If you stay at too high a level, they become superficial platitudes that everyone can buy into, which means that they give no direction. If they become so in depth and detailed that people can pick them apart on the basis of it does fit here and it does not fit there, it becomes impossible to implement them. The committee will have to be careful in its specific recommendations in report no. 6 about how deep you want to go in stating your recommendations. You do not want to be platitudinous, but at the same time, you do not want them to be so detailed that they are only intelligible to people like us who have spent our lives in the system.

question la plus importante. Par ailleurs, le volet le plus difficile du processus consiste à éduquer le public. Le battage publicitaire qui entoure les soins de santé, les avantages de nouveaux médicaments ainsi que de technologies non éprouvées et mal évaluées est si grand qu'il est parfois difficile de trouver des interlocuteurs véritablement au courant, dans le public et parfois même parmi mes collègues médecins. Nous n'avons pas évalué la question comme il se doit. L'éducation du public devient un enjeu important pour une politique gouvernementale comme les soins de santé.

Je vous félicite de votre travail. Vous tentez ici de faire quelque chose de différent. Je tiens simplement à vous mettre en garde parce que, dans votre engagement envers un bailleur de fonds unique, que j'applaudis, et dans votre tentative d'étudier des mécanismes capables d'assurer le bon fonctionnement du système, on retrouve des éléments qui me plaisent et d'autres qui, sous l'angle de la solidarité, de l'équité, de la compassion et de l'efficacité, m'obligent à m'arrêter pour réfléchir.

Le président: Nous allons maintenant entendre M. Lozon, président-directeur général de l'hôpital St. Michael's de Toronto et ancien sous-ministre de la Santé de la province de l'Ontario.

M. Jeffrey Lozon, président-directeur général, hôpital St. Michael's: Je vous remercie de l'occasion qui m'est donnée d'être parmi vous ce matin. J'attends impatiemment nos discussions et en particulier les échanges entre les membres du comité et les autres témoins. Je m'attends à ce qu'il y ait certaines divergences d'opinion de ce côté-ci de la table, comme il y en a probablement du vôtre, mais je tiens néanmoins à vous remercier de me donner la possibilité de participer.

Deuxièmement, je me permets de vous féliciter. Lorsque j'ai comparu devant votre comité à Toronto, je vous ai félicité pour le travail accompli jusque-là, et je tiens à le faire de nouveau dans le contexte du volume 5. Comme je l'ai indiqué auparavant, on devrait en faire une lecture obligatoire pour tous les étudiants en administration de la santé. On y trouve un contexte historique valable, une bonne présentation du contexte international, une description claire et certaines recommandations prégnantes pour l'avenir. Vous êtes sur la bonne voie.

Mes propos liminaires comportent deux axes. Le premier a trait à la portée et à l'opportunité, et le deuxième, au contenu.

L'une des difficultés que soulève l'analyse de la réforme des soins de santé a trait à la portée. Jusqu'où devrions-nous aller dans nos suggestions ou dans nos recommandations de changement? Si on aborde la question trop haut, on se contente de platitudes superficielles qui font consensus, ce qui signifie qu'elles ne donnent aucune orientation. Si on entre dans les détails et qu'on va en profondeur au point où les intéressés les dissèquent pour établir ce qui cadre ici et ce qui ne cadre pas là, la mise en application devient impossible. Dans les recommandations précises qu'il formulera dans le rapport n° 6, le comité devra jauger avec soin la profondeur de ses suggestions. Vous ne devez pas vous contenter d'un déballage de platitudes, mais, en même temps, vous ne devez pas entrer dans les détails au point où seules les personnes comme nous, qui avons passé notre vie dans le système, pourront les comprendre.

The second question of scope that I would caution the committee on is the breadth in your report. In volume 5, I saw proposed changes to the fee-for-service structure, an in-depth look at research, how funding is to be changed, concerns about health human resources, how is the health care system of the future to be organized in the right way, and how to make the necessary and important investments in information technology. I would encourage you to prioritize what you have to do in your next report. The breadth that you have covered is, as I said, a good model for students of health administration. It is not necessarily the right model for governments that have to implement this and need to know where they should go, and where they should go first.

The second thing is, the next time you want to release a report, you should set a date and then change it 48 hours before, because every time you have a date, something untoward happens and no one pays any attention.

The Chairman: We should explain to our viewers that the options paper put out by the committee was due to be released on September 12, and the paper that we released on April 18 occurred three days after the unfortunate bombing of Canadian troops in Afghanistan.

Mr. Lozon: My second set of comments concerns the content of your report. These are high level, and I expect they will be fleshed out in the discussions. I refer specifically to principles 1 and 2, which talk about stability. As I indicated in my previous meeting with the committee, I am a strong proponent of an arm's-length agency in the provinces to deal with the issue of health care.

I know that this requires a leap of faith by provincial politicians, who are on the firing lines day in and day out; it requires a leap of faith by departments of finance, which worry about the money going outside their control — it requires a leap of faith on the part of many people. However, it is not something that has not been tried before because that is where our system started, particularly as it related to hospital and medical care. If people could have foreseen the situation in 2002 when they decided to make it a core function of the department, they might have rethought it.

I envisage a board of directors, appointed for five years, renewable for one year, with the responsibility for organizing and delivering the health services within the province. It would be supported by an expert staff, paid commensurate with their responsibilities. They would receive a multi-year funding commitment from the legislature. That multi-year funding commitment would go up or down on the basis of provincial revenue or a more complex formula — I will leave that to the mathematicians and statisticians.

La deuxième mise en garde que j'aimerais faire au comité a trait à l'étendue de votre rapport. Dans le volume 5, j'ai constaté que vous proposiez des modifications de la structure de la rémunération à l'acte, un examen approfondi de la recherche et une étude des modifications à apporter au financement en plus d'exprimer des préoccupations au sujet des ressources humaines en santé, sans oublier la façon dont le système de soins de santé de l'avenir devrait être organisé comme il se doit et les investissements importants et nécessaires dans la technologie de l'information. Je vous invite à établir un ordre de priorité pour votre prochain rapport. L'étendue des questions que vous avez abordées constitue, je l'ai dit, un modèle valable pour les étudiants d'administration de la santé. Il n'est pas nécessairement celui qui convient le mieux aux gouvernements qui doivent mettre les recommandations en application et qui doivent savoir dans quelle direction s'engager et ce qu'il convient de faire en premier.

La deuxième chose, c'est que, la prochaine fois que vous publierez un rapport, vous devriez fixer une date puis la changer 48 heures auparavant parce que, chaque fois que vous fixez une date, quelque chose de malheureux arrive et personne ne fait attention.

Le président: Je me permets d'expliquer à l'intention de ceux qui nous regardent que le document sur les options préparé par le comité devrait être rendu public le 12 septembre et que nous en avons publié un autre le 18 avril, soit trois jours après le bombardement malheureux de soldats canadiens en Afghanistan.

M. Lozon: Ma deuxième série de commentaires porte sur le contenu de votre rapport. Il s'agit de commentaires de haut niveau, et je m'attends à ce qu'on y revienne en détail dans les discussions. Je fais nommément référence aux principes 1 et 2, qui ont trait à la stabilité. Comme je l'ai indiqué à l'occasion de ma comparution précédente devant le comité, je suis un ardent partisan de l'établissement, dans les provinces, d'un organisme chargé des questions relatives aux soins de santé.

Je sais que cela exige un acte de foi de la part des politiciens provinciaux, qui sont sur la ligne de front jour après jour, de la part des ministères des Finances, qui s'inquiètent de voir des fonds échapper à leur contrôle et de la part d'un grand nombre de personnes. Cependant, il s'agit d'une idée dont on n'a pas encore fait l'essai parce que c'est de là que notre système est parti, surtout dans le contexte des soins hospitaliers et médicaux. S'ils avaient pu entrevoir la situation en vigueur en 2002, les décideurs qui ont choisi de faire de ces questions une fonction de base du ministère y auraient peut-être réfléchi à deux fois.

J'entrevois un conseil d'administration, dont les membres seraient nommés pour cinq ans, avec possibilité de renouvellement pour un an, ayant la responsabilité d'organiser et de fournir des services de santé dans la province. Le conseil bénéficierait de l'appui d'un personnel spécialisé, dont les membres seraient rémunérés en fonction de leurs responsabilités. L'assemblée législative s'engagerait à financer le conseil pendant plusieurs années. L'importance de cet engagement fluctuerait selon les recettes de la province ou une formule plus complexe — je laisse cette question aux bons soins des mathématiciens et des statisticiens.

Ministries of Health and Ministers of Health would not be sidelined in this particular activity. They would have responsibility for developing parameters for care guarantees. They would have important roles in continuing to look at health human resources and at how technology is introduced into the province. However, they would be out of the firing line, as best they can be, in terms of the day-to-day operation of the system.

Implementing reform of hospital funding and fee-for-service changes in a cogent, clear and timely fashion would be highly problematic the way the present system is set up. With respect to the previous panellist's comments, I think many of the inefficiencies in the health care system reside in the provincial ministries of health — not in how the ministries themselves operate, but in how they operate vis-à-vis the health care system.

The second principle I want to speak to relates to principles 5 and 14, one concerning technology and the other concerning health human resources. It also relates to the chapter on health care research in volume 5. These three areas are intensely intertwined with the future of academic health sciences centres in this country. Academic health sciences centres are where new technologies are most often introduced, where the bulk of health research funding is expended and where health human resources challenges are on the ground.

The committee might want to spend some time thinking about a national approach to the building and development of academic health sciences centres across this country. In that way, you can move closer to self-sufficiency in health human resources planning; you can have a more formalized locus for where technology is introduced; and it is consistent with the broad innovation agenda promoted by the federal government.

My last comment is with respect to principle 15, the electronic health record. As many of you know, I am the vice-chair of the Canada Health Infoway. I am not speaking on behalf of them, but I do know that the significant provisions that have been made already for Canada Health Infoway are only a first step in the creation of a pan-Canadian electronic health record.

Most experts estimate that the cost will be \$4 billion to \$6 billion. Presently, Canada Health Infoway has funding from the federal government of \$500 million. It will take some time to do this. Notwithstanding the Auditor General's comments, I personally think the model is a good one. It provides for some nimbleness; it takes it away from the twisted world of federal-provincial relations, but it does not divorce it from the realities of the roles of the federal and provincial governments. Over time, it will allow us to put in place patient and provider registries and pharmacy and laboratory systems that we think are at the heart of the electronic health record.

Dans ce contexte, les ministres et les ministères de la Santé ne seraient pas laissés sur les lignes de touche. Ils auraient la responsabilité de définir des paramètres pour les soins garantis. Ils joueraient un rôle important en continuant d'étudier les ressources humaines en santé et l'introduction des technologies dans la province. Cependant, ils ne seraient plus sur la ligne de front, comme ils le sont aujourd'hui.

Compte tenu de la façon dont le système actuel est organisé, il serait très difficile de réformer le financement du réseau hospitalier et de modifier la rémunération à l'acte de façon cohérente, claire et opportune. Avec tout le respect que je dois aux témoins qui m'ont précédé, je pense que bon nombre des ministères provinciaux de la Santé sont responsables des pratiques non efficaces qui grèvent le système de soins de santé — je parle non pas du fonctionnement des ministères eux-mêmes, mais bien plutôt de la façon dont ils fonctionnent en relation avec le système de soins de santé.

Le deuxième principe que je tiens à évoquer se rapporte aux principes 5 et 14, dont l'un a trait aux technologies et l'autre, aux ressources humaines en santé. Il existe également un lien avec le chapitre consacré à la recherche dans le domaine de la santé du volume 5. Ces trois secteurs sont intimement liés à l'avenir des centres universitaires des sciences de la santé du pays. Le plus souvent, c'est dans ces centres que les nouvelles technologies sont d'abord introduites; c'est aussi là que le gros des fonds pour la recherche dans le domaine de la santé sont alloués et que les défis liés aux ressources humaines en santé se posent concrètement.

Le comité voudra peut-être étudier la possibilité d'adopter une approche nationale de l'établissement et de l'expansion des centres universitaires des sciences de la santé au pays. Ainsi, on se rapprochera davantage de l'autosuffisance relative à la planification des ressources humaines en santé; on disposera également d'un centre plus officiel pour l'introduction des technologies. Enfin, une telle démarche est conforme au vaste programme d'innovation dont le gouvernement fédéral fait la promotion.

Mes derniers commentaires ont trait au principe 15, qui porte sur le dossier de santé électronique. Comme bon nombre d'entre vous le savez, je suis le vice-président de l'Infostructure canadienne de la santé. Je ne parle pas au nom de l'organisation, mais je sais que les importantes dispositions déjà prises pour l'Infostructure canadienne de la santé ne sont qu'une première étape en vue de la création d'un dossier médical électronique pancanadien.

La plupart des spécialistes estiment que les coûts s'élèveront de quatre à six milliards de dollars. À l'heure actuelle, l'Infostructure canadienne de la santé reçoit 500 millions de dollars de la part du gouvernement fédéral. Nous mettrons un certain temps à parvenir à nos fins. En dépit des commentaires du Vérificateur général, je suis personnellement convaincu de la validité du modèle. Le projet suppose une certaine agilité. Du même souffle, on soustrait cette question au monde «tordu» des relations fédérales-provinciales, sans aller à l'encontre de la réalité des rôles des gouvernements fédéral et provinciaux. Au fil du temps, nous serons en mesure d'établir des registres de patients et de

I thank you for the privilege of addressing you this morning. I am looking forward to our discussions.

The Chairman: Our final speaker is Mr. Forget. He is both a former deputy minister and a former Minister of Health in the Province of Quebec. Some two years ago, he co-authored an outstanding book on options for health care reform in the Canadian context entitled, *Who is the Master?*

Mr. Claude Forget, Former Minister of Health, Province of Quebec: Thank you for your invitation to join in today's discussion. I join with the panellist who preceded me in congratulating you on a fine set of observations and recommendations. Your obvious care in looking into the facts of life of our health care system as well as the experience of other countries is a breath of fresh air. I heartily concur with many of the recommendations that you make.

In my brief remarks this morning, I would like to address, at least in my understanding, of where you are at in terms of the best way to approach implementation of this set of recommendations. I am drawn in particular to the collective title of all those reports, "The Health of Canadians — The Federal Role," as an inspiration for at least the first two of my remarks.

Through your examination of the forces underlying the growth of health care costs in this country, you certainly lead one to the impression that the current system is not sustainable with its present level of funding and that something will have to be done. The present cash contribution by the federal government to the maintenance of the system is very substantial. However, at roughly 16 per cent of gross outlays by the provinces, it is not sufficient to give the federal government a role in transforming the system, beyond simply maintaining it.

There is a need to come to terms with the gap between the implicit promises of the system and the reality. This certainly requires, among other things, an increased commitment for an extended period of time. Very substantial additional sums of money will be needed to effect a transformation. I believe that most of this extra funding should come from the federal government in one way or another.

There is a stark choice for the federal government. It is between having an increased role in transforming the system, or maintaining its current, relatively modest, financial participation while looking at the interest, motivation and the political feasibility of maintaining that level over the long run. Should the federal government's choice be to increase its contribution, I believe that is the first prerequisite for addressing your recommendations with any hope of implementing them.

My second point is that increased funding by itself would not be a solution, which you and others easily recognize. For those who live the day-to-day reality of the health care system, there is a

fournisseurs de même que les réseaux de pharmacies et de laboratoires qui, selon nous, sont au cœur du dossier médical électronique.

Vous parler a été un privilège, et je vous en remercie. J'attends nos échanges avec impatience.

Le président: Notre dernier témoin est M. Forget. Il a été sous-ministre et ministre de la Santé au Québec. Il y a environ deux ans, il a cosigné un ouvrage remarquable sur les possibilités de réforme des soins de santé au Canada intitulé: *Qui est maître à bord?*

M. Claude Forget, ex-ministre de la Santé, province de Québec: Merci de m'avoir invité à la discussion d'aujourd'hui. Je me joins au conférencier qui m'a précédé pour vous féliciter de vos excellentes observations et recommandations. Que vous ayez pris le temps d'examiner les faits concrets se rapportant à notre système de soins de santé tout autant que l'expérience d'autres pays représente une véritable bouffée d'air frais. Je suis tout à fait d'accord avec bon nombre de vos recommandations.

Dans mes brefs propos de ce matin, j'aimerais m'intéresser à la vision que vous avez selon ce que j'en comprends tout au moins, de la meilleure façon d'aborder la mise en œuvre de cet ensemble de recommandations. Mes deux premières remarques tout au moins s'inspirent du titre collectif de l'ensemble de vos rapports, «La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral».

À lire l'analyse que vous faites des forces qui sous-tendent la croissance des coûts des soins de santé au pays, on en vient forcément à la conclusion que le système actuel n'est pas viable à son niveau de financement présent et que des solutions devront être apportées. Les sommes que le gouvernement verse actuellement pour le maintien du système sont très substantielles. Cependant, cette contribution, qui se chiffre à environ 16 p. 100 des dépenses brutes effectuées par les provinces, ne suffit pas pour donner au gouvernement fédéral la possibilité d'aller au-delà du simple maintien du système pour entreprendre de le transformer.

On doit prendre conscience de l'écart entre les promesses implicites du système et la réalité. On devra notamment contracter des engagements plus importants pour une période prolongée. On ne parviendra à transformer les choses qu'au prix d'investissements additionnels très considérables. À mon avis, l'essentiel de ces fonds additionnels devrait provenir du gouvernement fédéral, d'une façon ou d'une autre.

Le gouvernement fédéral fait face à une alternative difficile: jouer un rôle accru dans la transformation du système ou reconduire sa participation financière actuelle, qui est relativement modeste, sans perdre de vue l'intérêt, la motivation et la faisabilité politique se rapportant au maintien à long terme d'un tel niveau de participation. À mon avis, ce n'est que si le gouvernement fédéral choisit de hausser sa contribution qu'on pourra aborder vos recommandations dans l'intention de les mettre en œuvre. C'est la première condition.

Deuxièmement, je tiens à dire que le seul fait de hausser le financement ne constitue pas une solution, ce avec quoi d'autres et vous serez certainement d'accord. Pour ceux qui vivent au

large political risk because of a lack of confidence that government promises of increased funding will be honoured, in any other way than in the breach, if push comes to shove from the economic perspective or if government priorities change. This has happened in the past and it has hurt the credibility of any attempt at reform and of the underlying health care system itself.

To strike a constructive note, I can envision Ottawa inviting the provinces to join it in the commitment of financial resources for the health care system, for example, by allocating the proceeds of earmarked taxes to an agency along the lines of that which Mr. Lozon was describing — an arm's-length agency for each province to which the federal and provincial governments would commit funds on a long-term, predictable basis, and in a way that would be transparent and accountable. We would know which funds are being funnelled where, and such an agency would, of course, be accountable for its use of those resources.

Transparency would be enhanced, and certainly we would have a basis for a legally enforceable claim if an arm's-length agency were the recipient of such a grant. We could envisage a legally binding contractual arrangement that would provide security consistent with planning for development and transformation, with some assurance that the rug will not be pulled from under the feet of those who are trying to change the system, or even maintain it.

Under such a system, Canadians would clearly know why they are paying more taxes than Americans. In a world of labour mobility across borders and free trade agreements, Canadians have become increasingly critical of and dubious about the weight of taxation. We all know that some of that weight is the direct result of our commitment to maintain a public health care system. However, that is an abstract notion. Most people cannot relate that abstract concept to the cheque they just wrote a few days ago at the end of April, which they feel is too much. Canadians believe that the government can do better with the huge amount of money that taxpayers are handing over each year.

The third point is that adding money, even secure sources of money, will probably not be enough to dispel the growing sense of failure of the system. Polls indicate Canadians believe that the system is no longer delivering on its promises.

Increasing resources over time may help to resolve some of the problems. The gap is created by the health system's implicit rate of growth, which some have estimated at 4 per cent per annum, and an average economic growth rate of 2 per cent. This gap can be bridged for a time by increasing public commitment, which I suggest we should do, but only for a time. Therefore, there is a need to tone down the health care rhetoric. There has been tremendous carelessness, in a moment of political euphoria, in describing the system as able to do everything for everyone, to the

quotidien la réalité du système de soins de santé, il existe un risque politique important du fait qu'on doute que le gouvernement honorera sa promesse d'accroître le financement, sinon en en faisant le moins possible, surtout dans la perspective d'une détérioration de la situation économique ou de la transformation de l'ordre de priorité gouvernemental. Cela s'est déjà vu par le passé, ce qui a nui à la crédibilité des tentatives de réforme et du système de soins de santé lui-même.

Sur une note plus constructive, je conçois qu'Ottawa invite les provinces à s'engager elles aussi à fournir des ressources pour le système de soins de santé, par exemple en permettant que le produit d'impôts réservés soit versé à un organisme correspondant peu ou prou à celui que M. Lozon a décrit — un organisme autonome pour chacune des provinces auquel les gouvernements fédéral et provincial verseraient des fonds prévisibles à long terme, qui serait transparent et rendrait des comptes. Ainsi, nous saurions quels fonds sont affectés à tel ou tel poste. Bien entendu, l'organisme en question serait tenu de rendre compte de l'utilisation des ressources.

Une telle mesure favoriserait la transparence. Si un organisme autonome touchait une telle subvention, nous pourrions imposer des exigences ayant force exécutoire. En effet, on peut imaginer une forme de contrat ayant force exécutoire qui fournirait des garanties relatives à la planification de la mise en œuvre et de la transformation, sans compter que les responsables de la modification du système, ou même de son maintien, ne risqueraient pas de se faire couper l'herbe sous le pied.

En vertu d'un tel système, les Canadiens sauraient de façon certaine pourquoi ils paient davantage d'impôts que les Américains. Dans un monde de libre-échange et de mobilité de la main-d'œuvre qui transcende les frontières, les Canadiens se montrent de plus en plus critiques et dubitatifs à l'endroit du poids de l'imposition. Nous savons tous que ce poids est le résultat direct de l'engagement que nous avons pris de maintenir un système de soins de santé public. Cependant, il s'agit d'une notion abstraite. La plupart des gens n'arrivent pas à établir un lien entre cette notion abstraite et le chèque qu'ils ont libellé il y a quelques jours à peine, à la fin d'avril, et dont le montant leur paraît trop élevé. Les Canadiens croient que le gouvernement peut faire mieux avec les sommes colossales que les contribuables versent chaque année.

Le troisième point, c'est que l'injection de fonds additionnels, même garantis, ne suffira probablement pas à dissiper l'impression grandissante que le système ne fonctionne pas. Les sondages indiquent que les Canadiens sont d'avis que le système ne respecte pas ses promesses.

Au fil du temps, l'accroissement des ressources contribuera peut-être à régler certains problèmes. L'écart s'explique par le taux de croissance implicite du système de soins de santé, que certains évaluent à 4 p. 100 par année, et un taux de croissance économique moyen de 2 p. 100. On pourra combler cet écart pendant un certain temps en haussant les investissements publics, comme je le propose, mais pendant un certain temps seulement. En ce qui concerne la rhétorique entourant le système de soins de santé, on doit donc mettre la pédale douce. Dans un moment

ultimate degree of perfection and availability. Even the current talk, which is not unjustified, of drug coverage and home care adds to the notion that, if only we make a final push, we can have 100 per cent coverage of everything. That is not true, as we know today, and has never been true. I submit that we have to recognize that it will never be a possibility, and perhaps it will never be desirable.

This has developed through a process of creeping health insurance coverage in this country, where we have been more concerned about supply-side driven expansion than with patient-oriented priorities. First we insured hospitals, then we insured doctors, and now we are talking about insuring drugs or providers of home care. In fact, we should look rather at insuring Canadians against health care risks.

Is that just a rhetorical point? No, it is not, because if you ask Canadians about their needs, they will recognize that they are not all equally important. They could envisage first-priority needs receiving 100 per cent coverage while lower-priority needs do not. At present, those either have 100 per cent coverage, by accident, or zero coverage. There seems to be a fanciful distinction between levels of coverage, for which there are at best only historical reasons. However, I am saying that the rhetoric has to be toned down to a realistic level by reassessing priorities. That is a painful and conceptually difficult process, and also politically dangerous. In my view, the role of the federal government is to help the provinces move jointly in this direction. I do not think any one of them can muster the courage to do it in isolation because of the political pitfalls of such a process.

The federal government, acting as the coordinator, could help the provinces to develop and harmonize an approach to the problem of redefining priorities. There is an urgent need for this — not that it would upset everything. I suppose the resulting pattern would match, in many ways, the existing system, but the rationale would be different and there would be significant differences. Certainly it would be easier to communicate to Canadians why certain items are covered and others are not. It would not be a reference to a system built over 50 years, but rather a current and relevant distinction.

If your recommendations are to be implemented, it is important to create an environment whereby health services managers are allowed to manage. Governments have helped to create a widespread notion, not entirely untrue, that the health system is not as well managed as it should be. It is a convenient

d'euphorie politique, on a fait preuve d'une insouciance extraordinaire en laissant entendre que le système était en mesure de tout faire pour tous, jusqu'à un degré ultime de perfection et de disponibilité. Les discussions actuelles sur l'assurance-médicaments et les soins à domicile, si elles ne sont pas injustifiées, confirment que, au prix d'un effort ultime, nous pourrions tout assurer à 100 p. 100. Ce n'est pas vrai, comme nous le savons aujourd'hui, et ça ne l'a jamais été. À mon avis, on devrait admettre que c'est impossible et que ce ne sera peut-être jamais souhaitable.

Le phénomène s'explique par l'augmentation insidieuse des services de santé assurés au pays, où on s'est davantage préoccupé de l'augmentation de l'offre que des priorités axées sur les patients. D'abord, nous avons assuré les hôpitaux, puis les médecins, et nous envisageons maintenant d'assurer les médicaments ou les fournisseurs de soins à domicile. En fait, nous devrions plutôt chercher à assurer les Canadiens contre les risques liés à la santé.

De la rhétorique, tout ça? Non, parce que, si vous les interrogez sur leurs besoins, les Canadiens vous diront qu'ils ne sont pas tous aussi importants. Ils admettraient peut-être que les besoins prioritaires soient assurés à 100 p. 100, tandis que ceux qui sont moins prioritaires bénéficieraient d'un niveau de protection réduit. À l'heure actuelle, les besoins moins prioritaires bénéficient d'une protection à 100 p. 100, presque de façon accidentelle ou ils ne sont pas assurés du tout. On semble établir une distinction fantaisiste entre les niveaux de protection, laquelle s'explique au mieux par des raisons purement historiques. Cependant, je suis d'avis qu'on doit ramener la rhétorique à un niveau plus réaliste en réévaluant les priorités. Il s'agit d'un processus douloureux et difficile sur le plan conceptuel, sans compter qu'il est politiquement dangereux. À mon avis, le gouvernement fédéral a pour rôle d'aider les provinces à s'avancer conjointement dans cette voie. Je ne crois pas qu'aucune d'entre elles pourra avoir le courage d'agir seule dans ce sens en raison des écueils politiques inhérents à une telle démarche.

Le gouvernement fédéral pourrait, à titre de coordonnateur, aider les provinces à élaborer et à harmoniser une approche du problème que représente la redéfinition de l'ordre de priorité. Il y a là urgence — même si tout ne se retrouverait pas sens dessus dessous. Je suppose que le modèle résultant d'une telle démarche correspondrait, à maints égards, au système actuel, mais la justification serait différente, et il y aurait des écarts considérables. De toute évidence, il serait plus facile d'expliquer aux Canadiens pourquoi certains services sont assurés, d'autres non. On ferait référence non plus à un système échafaudé sur une période de 50 ans, mais bien plutôt à une distinction à jour et pertinente.

Pour qu'on donne suite à vos recommandations, il importe de créer un climat dans lequel les gestionnaires des services de santé sont habilités à gérer. Les gouvernements ont contribué à répandre l'idée, pas tout à fait sans fondement, selon laquelle le système de santé n'est pas aussi bien administré qu'il le devrait. Il

excuse to restrain financing. It is sad, because the same government that said the health system is not well managed has not done much to improve it.

We have a health system that is unique in our economy. It is a mixture of a quasi-medieval guild system and a socialist command and control approach. I do not think you could find another example that mixes two systems so alien to good management. However, they coexist in the health system. As a result, health managers have almost no say over the crucial factors, which most managers anywhere else in the world and in other industries need to be effective. In most provinces, they have no say in the working conditions of the people with whom they work. They have nothing to say on the way capital equipment is made available or facilities are improved, because governments, right from the outset, have denied them the use of depreciation reserves, and they are judged on their use of inputs, as opposed to on the basis of what they produce. Therefore they have little incentive to be cost effective or cost conscious, and little incentive to buy the IT systems that would help answer those questions. Even if they knew the answers, it would do them precious little good in most cases, as this is not an argument that would improve the funding of their institutions.

Various recommendations you make in your report are pertinent to that. They certainly will help, but only if they are not another example of a top-down management command and control system. All our provinces have gone through several reforms that have, in most cases, changed nothing and are typical of the bureaucratic command and control reforms of the former countries of the Soviet bloc. They had reforms every five years and their economies went nowhere.

This is not the way to implement change. Let us make sure that in all the good intentions that are presently being debated, whether it is coverage of drugs or home care, both of which are quite desirable in themselves, we do not build additional silos. The management of health programs should be seamless. There should not be a question of disparity in coverage for the various resources that are complementary in delivering health services.

Bear in mind that one of the arguments in support of our health care system is the presence of a single funder, but we seem in practice to deny the raison d'être of the single funder because we put everything in separate boxes, watertight compartments that prevent good administration. Good management is a question of tradeoffs. Most of the time, you have to be able to choose A versus B, but if these are isolated through separate administrative structures and financial envelopes, it makes it very

s'agit d'un prétexte commode pour justifier la compression du financement. C'est malheureux, parce que le gouvernement qui affirme que le système de santé n'est pas bien administré n'a rien fait pour corriger la situation.

Notre pays bénéficie d'un système de soins de santé unique au monde. On a affaire à un système de guildes d'origine pratiquement médiévale conjugué à une approche de commandement et de contrôle de type socialiste. À mon avis, vous ne trouverez nulle part ailleurs un autre exemple réunissant deux systèmes se prêtant si peu à de bonnes pratiques de gestion. Cependant, ils coexistent au sein du système de santé. Ainsi, les gestionnaires de la santé n'ont pratiquement rien à dire sur des facteurs cruciaux, possibilité dont doivent bénéficier la plupart des gestionnaires d'ailleurs dans le monde et d'autres industries pour être efficaces. Dans la plupart des provinces, ils n'ont rien à dire sur les conditions de travail des personnes avec qui ils travaillent. Ils n'ont rien à dire sur les modalités d'affectation des biens d'équipement ni sur l'amélioration des installations parce que les gouvernements, d'entrée de jeu, leur ont interdit de recourir à l'amortissement cumulé. On les juge sur leur utilisation des intrants et non sur ce qu'ils produisent. Par conséquent, ils n'ont pas vraiment intérêt à prôner la responsabilité financière ou l'efficacité ni à faire l'acquisition de systèmes de TI qui contribueraient à répondre à ces questions. Même s'ils connaissaient la réponse, ça ne changerait absolument rien dans la plupart des cas, et ce n'est pas un argument qui milite en faveur de la hausse du financement de leurs établissements.

Dans ce contexte, diverses recommandations contenues dans votre rapport sont pertinentes. Elles seraient à coup sûr utiles à condition qu'elles ne débouchent pas une fois de plus sur un système de gestion descendante axé sur le commandement et le contrôle. Dans toutes les provinces, on a effectué quelques réformes qui, dans la plupart des cas, n'ont strictement rien changé. Ces réformes sont caractéristiques à des réformes bureaucratiques axées sur le commandement et le contrôle qui ont été effectuées dans les anciens pays du bloc soviétique. Ces pays procédaient à des réformes tous les cinq ans, et leurs économies n'allaient nulle part.

Ce n'est pas la façon d'effectuer des changements. Assurons-nous que, dans le contexte du déballage de bonnes intentions dont il est aujourd'hui question, qu'il s'agisse de l'assurance-médicaments ou de l'assurance des soins à domicile, objectifs qui en soi apparaissent souhaitables, nous n'érigions de nouveaux silos. La gestion des programmes de santé devrait être intégrée. Relativement aux diverses ressources qui se complètent dans la prestation des services de santé, il ne devrait pas y avoir de disparité touchant la protection.

N'oubliez pas que l'un des arguments à l'appui de notre système de soins de santé actuel est l'existence d'un bailleur de fonds unique. En pratique, cependant, nous allons à l'encontre de la raison d'être du bailleur de fonds unique parce que nous rangeons tout dans les boîtes distinctes, des compartiments étanches qui empêchent la bonne administration. Dans la bonne gestion, tout est affaire de compromis. La plupart du temps, on doit être en mesure de privilégier A par rapport à B, mais, si A et

difficult, if not impossible, to do so.

In implementing recommendations, let us try not to build other boxes and other silos, because we have an abundance of them at the present.

The Chairman: We will now open the meeting to questions, comments and an interchange of dialogue between our panellists and members of the committee. I suggest that, since we are going to be here for most of the day, we group our discussion around particular themes.

For the next hour, we could focus on picking up the themes some of you raised, specifically with respect to patients. Let me just put a couple of issues on the table.

Mr. Davis suggested we ought to look at tax incentives on the wellness side to encourage people to do a better job of taking care of themselves. Mr. Forget raised the issue of limits on how much one can cover, even if one thinks for the moment of only the hospital and doctor system. The other side of the coin is, a number of organizations have commented that while our report talked about incentives for doctors, governments and institution administrators to change behaviour, we did not mention incentives for patients to change behaviour or use the system responsibly. That was because we could not think of any practical way to do that, but it could be useful if anyone has thoughts on that front.

Let us focus for the next hour on the patient-oriented issues and leave the organizational issues, and perhaps even funding issues, until later.

Senator LeBreton: Thank you very much for the excellent input this morning. That changed the focus of my questions.

Mr. Scott, you talked about incentives in the system and how there will have to be a lot of political courage. Mr. Forget talked about toning down the rhetoric in health care reform.

If we were starting with a clean page in trying to educate the public, so we could avoid this excessive rhetoric, how would you engage the public in this debate and get them focused as patients on the complexity and scope of this problem? What would you suggest we do in order to ensure that people are properly informed, that they are getting all the facts without getting caught up in the existing rhetoric?

Mr. Scott: I am glad you started with such a simple question. I have struggled with that, and I do not think there is a particularly easy answer.

B sont isolés dans des structures administratives et des enveloppes financières distinctes, il sera très difficile, voire impossible, de le faire.

Au moment de donner suite à vos recommandations, assurons-nous de ne pas créer de nouvelles boîtes et de nouveaux silos: il y en a déjà assez.

Le président: Nous allons maintenant passer à des questions, à des commentaires et à un échange de vues entre nos témoins et les membres du comité. Puisque nous allons être ensemble pendant le plus clair de la journée, je propose que nous axions nos interventions sur des thèmes particuliers.

Pendant la prochaine heure, nous pourrions mettre l'accent sur certains des thèmes que vous avez fait ressortir, particulièrement en ce qui touche les patients. Permettez-moi simplement de présenter deux ou trois pistes.

M. Davis a laissé entendre que nous devrions, relativement à la notion de bien-être, envisager le recours à des incitatifs fiscaux pour encourager les citoyens à mieux s'occuper d'eux-mêmes. M. Forget a souligné qu'il y avait une limite à ce qu'on peut assurer, même si, pour le moment, on s'en tient au réseau hospitalier et aux médecins. L'autre côté de la médaille, c'est qu'un certain nombre d'organismes ont relevé que notre rapport, où il est question d'incitatifs invitant les médecins, les gouvernements et les administrateurs d'établissements à modifier leur comportement, ne prévoit pas d'incitatifs ayant pour but d'amener les patients à changer de comportement ou à utiliser le système de façon responsable. S'il en est ainsi, c'est parce que nous n'avons pas trouvé de moyens pratiques de le faire, mais des réflexions à ce propos nous seraient utiles.

Au cours de la prochaine heure, concentrons-nous sur les questions touchant les patients, et laissons pour plus tard les enjeux organisationnels et peut-être aussi les enjeux financiers.

Le sénateur LeBreton: Je vous remercie de votre excellente participation de ce matin. Elle a eu pour effet de modifier un peu l'orientation de mes questions.

Monsieur Scott, vous avez fait allusion à des incitatifs dans le système et au courage politique considérable dont il faudra faire preuve. M. Forget a pour sa part affirmé qu'il allait falloir atténuer quelque peu la rhétorique qui entoure la réforme des soins de santé.

Si nous pouvions tout reprendre depuis le début pour faire l'éducation du public, de manière à éviter la rhétorique excessive dont nous sommes témoins, comment associeriez-vous les citoyens au débat et leur feriez-vous comprendre, en tant que patients la complicité et l'ampleur du problème? Que nous recommanderiez-vous de faire pour obtenir que les citoyens soient adéquatement informés et qu'ils aient en mains l'ensemble des données du problème, sans se laisser prendre au piège de la rhétorique actuelle?

M. Scott: Je suis heureux que vous ouvriez le bal avec une question aussi simple. Je me suis moi-même posé la question, et je ne crois pas qu'il y ait de réponse facile.

In cancer care, for example, there are many very solid preventive activities in which people could engage. Getting their attention is difficult. On the other hand, there has been some considerable success with cutting smoking rates over the years. It takes something fairly spectacular to work.

The greatest problem I see — and I do not have the answer because I do not quite know how to get the public's attention — is dealing with the love affair between patients and their local hospitals, even though on issues such as critical mass their local hospital may be as much a threat to their health as an advantage. In attempting to talk about hospital rationalization or coordination of services, it does not seem to matter whether it is a sophisticated health science centre that has problems or a small rural hospital. How to get the message across that better health does not equate simply to bricks and mortar is a huge question.

As we look at the complexity of health care, where even large health science centres should arguably not be in some of the highly sophisticated businesses they are, it is a very difficult issue with which to come to grips. It is not aided by the fact that most hospital administrators, or politicians, as the case may be, do not want to get into the issue, as they see it as such a large mountain to climb. I am sorry that I do not have a nice, clean answer to that. I wish I did. It is just the kind of thing you have to keep pounding away at.

Dr. Kenny: Senator, I concluded with the issue of public education and anticipation. It is our issue. It is a citizens' issue. It is the primary question. How do we get Canadians to better understand what actually works and does not work in health care, and what “works” means when we are talking about interventions?

I would say that it is not unrelated. That is why the emphasis you have put on outcomes in your report is so important. I am not sure how the electronic health record is a fiscal tool, but as an educational tool, as a record of use of the system and an opportunity to analyze outcomes, it becomes an important part of the absolute requirement for information.

I would like to say two things. First, the challenge is how to educate people about the evidence of benefit from human health science and technology in a world where, whether we prohibit it or not, everyone receives direct-to-consumer advertising every night. You can see the skating grandmother with her new arthritis medication or the dancing Viagra man.

This issue is extraordinarily important because it means that, in the information age, we have a new kind of patient, one who comes for health care having surfed the Web. After 25 years in pediatric practice, you have parents coming in with reams of things from the Web. The quality is so variable. The opportunity to manipulate them with the “one-only person in Houston who

Dans le domaine du traitement du cancer, par exemple, il existe de nombreuses mesures de prévention qui ont fait leurs preuves que les citoyens peuvent prendre. Il est difficile d'avoir leur attention. Au fil des ans, par ailleurs, on est parvenu à réduire sensiblement les taux de tabagisme. Il faut, pour obtenir des résultats, prendre des moyens relativement spectaculaires.

Le principal problème que j'entrevois — je n'ai pas la réponse, faute de savoir comment m'y prendre pour attirer l'attention du public — concerne l'histoire d'amour qui lie les patients à leurs hôpitaux locaux, même si, dans des dossiers comme la masse critique, leur hôpital local représente peut-être pour leur santé un danger tout autant qu'un avantage. Lorsqu'on aborde la question de la rationalisation des hôpitaux ou de la coordination des services, peu importe, apparemment, qu'on ait affaire à un centre des sciences de la santé de pointe en proie à des problèmes ou à un petit hôpital rural. Faire comprendre que des briques et du mortier ne se traduisent pas nécessairement par une meilleure santé représente un défi colossal.

Compte tenu de la complexité des soins de santé, où il est permis de penser que les grands centres des sciences de la santé ne devraient pas nécessairement proposer certains des services de pointe qu'ils offrent aujourd'hui, c'est un problème qui est très difficile à saisir. Le fait que la plupart des administrateurs d'hôpitaux ou les politiciens, selon le cas, ne souhaitent pas s'y attaquer, parce qu'il s'agit d'un défi si difficile à surmonter, n'aide pas non plus. Je suis navré de ne pas avoir une réponse toute faite et toute propre à vous proposer. Je voudrais bien qu'il en soit ainsi. C'est le genre de problème auquel nous devons continuer de réfléchir.

La Dre Kenny: Sénateur, j'ai conclu mon témoignage sur la question de l'éducation du public et de l'anticipation. Tel est notre problème. Il s'agit d'un problème pour les citoyens. C'est la question centrale. Comment faire en sorte que les Canadiens comprennent ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans le domaine des soins de santé, et ce que «fonctionner» signifie dans le contexte d'interventions?

À mon avis, un rapport existe. C'est pourquoi l'accent mis sur les résultats dans votre rapport est si important. Je ne sais pas si le dossier de santé électronique constitue un outil budgétaire valable, mais, en tant qu'outil d'éducation, en tant que registre de l'utilisation du système permettant d'analyser les résultats, il constitue un élément important du besoin absolu d'information.

J'aimerais dire deux choses. Premièrement, le défi consiste à convaincre les citoyens des avantages offerts par les sciences et les technologies de la santé humaine dans un monde où, que nous l'interdisions ou non, chacun est confronté tous les soirs à de la publicité directe. On voit la grand-mère qui patine grâce à son nouveau médicament contre l'arthrite et l'homme que le Viagra fait danser.

Il s'agit d'une question d'une importance extraordinaire puisque, à l'ère de l'information, nous avons désormais affaire à un patient qui, avant de se présenter pour recevoir les services de santé, a navigué sur Internet. Après 25 ans de pratique pédiatrique, je rencontre aujourd'hui des parents qui arrivent avec des tonnes de documents puisés dans le Web. La qualité de

could save their baby” is enormous. There is not only the range of information, and the inability to be clear about what is good and bad, but direct-to-consumer advertising is now influencing all of us.

Let us make it very clear. Advertising creates a need and then says, “I have the answer.” It is not about education, and it is creating an environment in which expectation about the health care system is a problematic and complex issue. It is deeply rooted in our dependence on science and technology in the 21st century and in the way in which information reaches citizens who then do or do not become patients.

Secondly, if we are to grapple with this significant issue, how do we help individuals understand what scientific evidence is? The headlines make it look as if we advance in such a way that today there is a disaster and tomorrow there is a cure, when in fact the physicians around the table will tell you advancement is decimal point by decimal point, showing that this is better than that. However, the expectations are phenomenal.

The flip side of the challenge is, health professionals, and particularly my own colleagues in medicine, tolerate variations in practice that are in fact quite frightening. They go to the fundamental nature of the responsibility of physicians to bring the best evidence to the value choice of the patient.

I think this issue, whether it is related to outcomes in general or primary health care reform, or the issue you will address in volume 6 of specialist utilization and reimbursement, goes to the heart of incentives that move us further from the good use of evidence as compared with finding ways to better educate the public. However, both professionals and the public are grappling with badly used information, and expectations about what can be accomplished by either medications or technology for which there is no evidence.

Mr. Lozon: I have several comments. First, I agree our expectations are higher than they have ever been. I think that is actually a good thing. We can do more than we have ever been able to do in the past. We all have increasing lifespans and increasing expectations of good health, some of which are attributed to the health care system, and a lot to our personal behaviour.

Generally, Canadians are a little more attentive to their behaviour than they were before Lalonde’s report, “A New Perspective on the Health of Canadians.” It is a slow process.

However, I think high expectations are good. By the way, we cannot prevent them, even if we think they are bad.

ces derniers est fort variable. Les risques qu’on les manipule en leur faisant croire que la seule personne capable de sauver leur bébé se trouve à Houston sont énormes. Outre la gamme d’informations et l’incapacité de démêler le bon grain de l’ivraie, on doit désormais composer avec l’influence que la publicité directe exerce sur chacun d’entre nous.

Disons-le clairement. La publicité crée d’abord un besoin pour ensuite affirmer posséder les moyens d’y répondre. Le problème a trait non pas à l’éducation, mais bien plutôt à la création d’un contexte dans lequel les attentes vis-à-vis du système de soins de santé sont problématiques et complexes. Ils sont profondément ancrés dans notre dépendance à l’égard des sciences et de la technologie au XXI^e siècle et dans la façon dont l’information parvient aux citoyens qui, ensuite, deviennent ou ne deviennent pas des patients.

Deuxièmement, on doit se demander comment aider les citoyens à comprendre ce que sont les données scientifiques. Ce n’est qu’ainsi qu’on pourra appréhender ce problème important. À lire les manchettes, on a l’impression que les problèmes catastrophiques d’aujourd’hui pourront être guéris demain, alors que les médecins présents autour de la table vous diront que le progrès s’effectue une décimale à la fois. Par tâtonnements, on montre que ceci est supérieur à cela. Les attentes, en revanche, sont phénoménales.

À l’opposé, les professionnels de la santé, en particulier mes collègues médecins, tolèrent, dans la pratique, des écarts qui sont en réalité plutôt effrayants. Ces écarts ont trait à la nature fondamentale de la responsabilité qu’ont les médecins de fournir les meilleures données possibles à l’appui des choix de leurs patients.

Je pense que cette question, qu’on l’applique aux résultats en général ou à la réforme des soins de santé primaires, ou encore à la façon dont vous aborderez dans le volume 6 la question de l’utilisation et de la rémunération des spécialistes, nous ramène aux incitatifs qui font que nous nous éloignons davantage de la bonne utilisation des données par rapport à la recherche de moyens de mieux éduquer le public. Cependant, les professionnels et les citoyens sont aux prises avec des informations mal utilisées et des attentes concernant ce qu’on pourra accomplir, que ce soit au moyen de médicaments ou de technologies non éprouvées.

M. Lozon: J’aimerais faire quelques commentaires. Premièrement, je suis d’accord pour dire que nos attentes sont plus grandes que jamais auparavant. Nous sommes en mesure de faire plus que jamais auparavant. Nous bénéficions tous d’une longévité plus grande et d’une espérance de vie en bonne santé plus longue, qui s’expliquent en partie par le système de soins de santé et beaucoup par nos comportements personnels.

En règle générale, les Canadiens accordent à leur santé un peu plus d’attention qu’avant la publication du rapport Lalonde intitulé «Nouvelle perspective de la santé des Canadiens». Il s’agit d’un lent processus.

Cependant, je pense que des attentes élevées représentent un avantage. Soit dit en passant, nous ne pourrions rien faire pour les prévenir, même si nous étions convaincus qu’elles sont néfastes.

We know a few things about patient incentives that do not work. We know that itemized statements issued by provincial ministries of health do not work. We do not know whether linking payment to service would actually help. We accept that as Canadians we will never do that, so I will move on.

Interestingly enough, ministries of finance have come to some conclusions on this one. Most recently released provincial budgets have increased taxes on cigarettes and alcohol. Presumably, they are doing one of two things: either helping us be more healthy or creating additional revenues. I will leave that to the committee to decide.

Public hearings that suggest that Canadians should get more from the health care system without understanding the costs are not helpful, which is part of the problem now.

We must accept that when we talk about “adjusting” consumer expectations, we are actually living in a world of ratcheted-up expectations that show no sign of abating. Frankly, that may be a good thing. Second, we are better educated and can do things in terms of information about health behaviours and medications that we could not in the past. That would be a very slow-change process. It will never happen as long as politicians say that we can give you everything that you need or want, and by the way, it will not cost you anything.

Mr. Forget: Very much in the same spirit, when is information useful to those for whom it is intended? First, it is only useful when they are attentive. If they do not pay attention, any amount of information you produce will have no impact.

Attention span varies from one problem to another. For instance, if we look at consumption patterns in this country, and most other Western countries, of red meat, sugar and tobacco, we see that dramatic changes have taken place over a long period of time. We do not quite understand how it happened. Certainly information was made available, and somehow it struck a chord. It would perhaps pay to study retrospectively what was so effective about the limited information available at the time compared to what is available on the Internet now. That was long before the Internet.

Patients become very attentive when they get sick, as do their families. Certainly, we have discovered that providing high-calibre information about treatment to patients and their families has been underplayed in the past, and it should play a much greater role in the future. It has a major impact.

There is another way, apart from being sick, in which people may pay attention. That is when the information is important in terms of decisions they must make. As Mr. Lozon said, if we say everything is free just for the asking, without limit, why trouble

Nous savons deux ou trois choses au sujet des incitatifs pour les patients qui sont inopérants. Nous savons que les relevés détaillés publiés par les ministères provinciaux de la Santé ne fonctionnent pas. Nous ne savons pas si le fait d'établir un lien entre le paiement et le service reçu constituerait ou non un avantage. Nous admettons que, en tant que Canadiens, nous n'en viendrons jamais là. Je vais donc passer à autre chose.

Fait intéressant, les ministres des Finances en sont venus à certaines conclusions à ce sujet. Les budgets provinciaux les plus récents s'accompagnent de hausses des taxes sur les cigarettes et l'alcool. On peut penser que ces mesures visent deux objectifs: nous aider à être en meilleure santé ou générer des recettes additionnelles. Je laisse au comité le soin de trancher.

Les audiences publiques qui laissent entendre que les Canadiens devraient recevoir davantage du système de soins de santé sans en comprendre les coûts ne sont pas utiles. En fait, cette situation est en partie responsable du problème d'aujourd'hui.

Au moment où nous discutons de la possibilité d'«ajuster» les attentes des consommateurs, nous devons nous rendre compte que nous vivons dans un monde caractérisé par des attentes à la hausse, et la tendance ne donne aucun signe d'essoufflement. Franchement, c'est peut-être une bonne chose. Deuxièmement, nous sommes davantage scolarisés et en mesure d'obtenir des renseignements sur les comportements et les médicaments qui nous étaient auparavant inaccessibles. Le changement sera très lent. Rien ne va bouger tant et aussi longtemps que des politiciens affirmeront qu'on répondra à tous les besoins et à tous les désirs, sans, soit dit en passant, qu'il en coûte un sou.

M. Forget: Dans le même ordre d'idées, je pose la question suivante: quand l'information est-elle utile aux personnes à qui elle est destinée? D'abord, elle est utile uniquement aux personnes attentives. Si le destinataire n'est pas attentif, l'information produite, quelle qu'en soit la quantité, n'aura aucun effet.

Le champ d'attention varie d'un problème à l'autre. Si, par exemple, nous étudions les habitudes de consommation de viande rouge, de sucre et de tabac au pays et dans la plupart des pays occidentaux, on constatera que des modifications spectaculaires se sont effectuées sur une longue période. Nous ne comprenons pas tout à fait comment les choses se sont passées. De toute évidence, on a fourni de l'information qui a touché une corde sensible. Il serait peut-être avantageux d'étudier de façon rétrospective en quoi l'information limitée accessible à l'époque a été si efficace par rapport à tout ce dont on dispose aujourd'hui grâce à Internet. Ce dont je parle remonte à bien avant l'avènement d'Internet.

Les patients comme les membres de leur famille deviennent très attentifs lorsqu'ils sont malades. On a compris que, par le passé, on ne fournissait pas assez aux patients et à leur famille d'informations de haut niveau sur les traitements. À l'avenir, cette information devrait jouer un rôle beaucoup plus grand. Elle a un impact majeur.

Il n'y a pas que les personnes malades qui prêtent l'oreille à l'information fournie. On constate qu'elles sont attentives lorsque l'information est importante pour des décisions qu'elles doivent prendre. Si, comme l'a indiqué M. Lozon, tout est accessible, sans

yourself with a lot of information? You can go with the publicity you have seen in a magazine and trust that the physician or the system will say, “No, you do not really need that. It will be bad for you.”

However, nothing is ever so clear-cut. There are shades of grey. Studies of medical technologies often reveal cases where it is not so clear. I remember about 10 years ago, and Dr. Morin will know far more about this than I, a new contrast medium emerged that was very expensive. It was mostly for neurological work, I believe, and non-ionizing and so on. The indication seemed to be that it would reduce problems. A small percentage of people who were treated with the old contrast medium would become slightly nauseated, but not otherwise indisposed. There was no statistical evidence that there was any more severe problem. Some hospital systems in this country switched en masse to the new, more expensive contrast medium. You can say, “Let us blame the consumer,” but in this case, let us blame ourselves. We did not look at this very critically and say, “Well, no, the small extra benefit is perhaps not worth the extra expense, or else let us charge a fee to the patient who insists on it use.”

There are other applications of this idea. There are tradeoffs when there are no life and death issues, or there is a little more inconvenience, a slightly increased risk of some mild adverse effect. Our system prohibits charging those who express a very strong preference not to endure the risk of being slightly nauseated. Is that right? This is a consumer incentive?

The information, while of no interest to the general public, would be of much interest to patients who are confronted with this choice. It places people in the position where they have to make a choice. If they do not have to make a choice, why should they bother their heads with all that information?

Dr. Vertesi: This is a very interesting question, and much of what I was going to say has been said, but I still have a few points to emphasize.

Educating the public is one of our most overstated, inflated expectations. First, the public is not uniform across Canada. We have rural and ethnic groups. We will always have special interest groups that we will never be able to educate or satisfy. No matter how small they are, the press will always give them prominence. The key here is not to try to educate all those people so they all come to a uniform consensus, but rather to ensure that the government is not paralyzed by what is going on in the public media.

Although public expectations are a factor, and I agree with Dr. Lozon that they are rising — as they should — it is because we really do have more to offer, and people should want more. It

restrictions, pourquoi s'encombrer d'un grand nombre d'informations? Vous pouvez vous fier à la publicité que vous avez vue dans un magazine et compter sur le médecin ou le système pour dire: «Non, vous n'en avez pas besoin, ce serait mauvais pour vous.»

Cependant, rien n'est jamais si tranché. Il y a des nuances. Les études des technologies de la santé font souvent état de cas où tout n'est pas si clair. Il y a une dizaine d'années, et le Dr Morin en sait beaucoup plus que moi à ce sujet, on a mis au point un nouveau milieu de contraste, qui était très coûteux. On l'utilisait surtout dans le domaine neurologique. Il était, si je me souviens bien, non ionisant et ainsi de suite. Tout semblait indiquer qu'il allait entraîner une réduction des problèmes. Un petit pourcentage de personnes traitées au moyen de l'ancien milieu de contraste éprouvaient une légère nausée, mais, sinon, elles n'étaient pas indisposées. Aucune donnée statistique ne laissait croire à l'existence de problèmes plus graves. Certains réseaux hospitaliers du pays ont massivement adopté le nouveau milieu de contraste plus coûteux. On a beau dire: «C'est la faute du consommateur», dans ce cas-là, nous n'avons que nous-mêmes à blâmer. Nous n'avons pas examiné la question d'un œil très critique en nous disant: «Non, les avantages supplémentaires offerts sont trop limités pour justifier les dépenses additionnelles. Si un patient tient à ce qu'on utilise un tel milieu de contraste, imposons-lui un droit correspondant».

Cette idée trouve d'autres applications. Lorsqu'on a affaire à des problèmes autres que les problèmes de vie et de mort, qui entraînent des inconvénients majeurs ou une légère augmentation des risques d'effets secondaires bénins, des compromis sont possibles. Notre système nous empêche d'imputer des frais aux personnes qui tiennent mordicus à éviter des risques de nausées légères. Est-ce acceptable? S'agit-il d'un incitatif pour les consommateurs?

L'information, si elle ne présente aucun intérêt pour le public en général, intéresserait au plus haut point les patients confrontés à ce genre de choix. Grâce à elle, on peut confronter les citoyens à des choix. S'ils n'ont pas de choix à faire, pourquoi s'encombreraient-ils l'esprit de toutes ces informations.

Le Dr Vertesi: Il s'agit d'une question très intéressante, et les intervenants ont déjà relevé certains des points que j'avais l'intention de soulever. J'aimerais cependant faire ressortir deux ou trois choses.

L'éducation du public correspond à l'une de nos attentes les plus exagérées et les plus surévaluées. D'abord, le public n'est pas uniforme dans l'ensemble du Canada. Il y a des groupes ruraux et des groupes ethniques. Il existera toujours des groupes d'intérêt particulier que nous n'arriverons jamais à éduquer ni à satisfaire. Peu importe leur importance, la presse leur fera toujours une place prééminente. Ici, la clé consiste à tenter non pas d'éduquer toutes ces personnes de façon à ce qu'elles parviennent à un consensus, mais plutôt à veiller à ce que l'activité des médias n'ait pas pour effet de paralyser le gouvernement.

Même si on doit tenir compte des attentes du public, et je suis d'accord avec le Dr Lozon pour dire qu'elles sont à la hausse — comme il se doit —, c'est parce que nous avons davantage à offrir

is not a buffet. It is not a situation where people can say, "I think I will have this and I will have that." Sometimes it is portrayed that way. We allow people initial contact with the health care provider, usually a physician, and then things roll from there. The cost of that initial contact is not very great. The real costs are behind the scenes in what the physicians do. The real costs are in the hospitals, with the cancer care, heart surgery and so on. People do not choose these procedures because they have heard about them. Certainly if they do, the physician should be there to give them better advice. Here I would like to emphasize what Ms Kenny said. We should be targeting the variations in medical practice by the physicians. That is what really influences a great deal of the costs.

There is a common perception that people abuse emergency rooms. The scenario we use in lieu of the public abusing medical services is that they come to emergency too often and use hospital services too often. As someone who works in emergency, I have a lot of trouble with this allegation. The fact is that people who come to hospital emergencies but do not have anything seriously wrong do not consume significant resources. They are quickly identified and turned around. The ones who use significant resources, and plug up the system, are those who do require treatment in the eyes of the health care professionals. That is where the real problems are.

When I ask these people why they came to emergency, invariably they will give some reason that in fact does make sense if you follow their logic. Consider that they are in a crisis situation at the time. Imagine how you would feel with abdominal pain or something similar. This is not a time when people are apt to exhibit rational judgment about anything. No matter who you are, even a professional or someone who really knows a lot will not exhibit rational judgment at a time of panic or fear, especially when family is involved. The job of the hospital emergency department is to sort this out very quickly and identify whether something needs to be done. It is not the job of the patient to do that.

Secondly, we have created a new disadvantaged class out here. It used to be that the people who were not able to get health care were the poor, and we all identified that problem. In fact, the origins of the Canada Health Act were focused on poverty as a barrier to care. That is much less the case now. We have created a new class of disadvantaged, what I call the "conscientiously vulnerable." It is the people who can be persuaded not to use a hospital's services or other legitimate services that they need, at least for access to information, out of guilt. This is exemplified by the lady I see in the middle of the night with chest pain. When I ask, "How long have you had this chest pain," she responds, "Well, I have had it for three days." "Why did you not come in?" "Well, I did not want to bother you." In fact, she had a heart attack, and it would have been much simpler to treat her earlier. Now she has created not only a problem for herself, but also costs for my hospital. She has converted a relatively simple problem into a much more complicated one. She will go on to have a lot

et que les citoyens sont autorisés à vouloir davantage. Ce n'est pas un buffet. Les patients ne peuvent pas dire: «Je vais prendre ceci et cela». Dans certains cas, c'est ainsi qu'on présente la situation. Les citoyens sont autorisés à établir un premier contact avec le fournisseur de soins de santé, habituellement un médecin, et les choses s'enchaînent ensuite. Le coût de ce contact initial n'est pas très élevé. C'est à l'arrière-plan, dans ce que font les médecins, qu'on retrouve les véritables coûts. Les véritables coûts, on les retrouve dans les hôpitaux, et ils ont trait au traitement du cancer, aux chirurgies cardiaques et ainsi de suite. Les citoyens ne choisissent pas ces procédures parce qu'ils en ont entendu parler. Si tel était le cas, ce serait au médecin de les détromper. Ici, je tiens à revenir sur ce qu'a dit Mme Kenny. Nous devrions cibler les écarts dans les pratiques médicales des médecins. Ce sont elles qui ont une grande incidence sur les coûts.

Il existe une perception répandue selon laquelle les citoyens abusent des salles d'urgence. Au lieu de dire que les citoyens abusent des services médicaux, nous affirmons qu'ils se rendent trop souvent à l'urgence et qu'ils utilisent trop fréquemment les services hospitaliers. À titre d'urgentiste, j'ai beaucoup de mal à accepter une telle allégation. Le fait est que les personnes qui se rendent dans les urgences, mais qui n'ont rien de grave ne monopolisent pas de bien grandes ressources. On les identifie rapidement avant de les renvoyer chez elles. Celles qui requièrent des ressources importantes et engorgent le système, ce sont celles qui, de l'avis des professionnels de la santé, ont besoin de traitement. Voilà où les véritables problèmes se posent.

Lorsque j'interroge les patients sur les motifs de leur présence à l'urgence, ils me fournissent invariablement des raisons qui, suivant leur logique, ont du sens. Ces personnes se trouvent alors en situation de crise. Elles éprouvent des douleurs à l'abdomen ou quelque chose du genre. Dans une telle situation, elles ne parviennent pas à réfléchir de façon rationnelle à quoi que ce soit. Que l'on soit professionnel ou que l'on possède de vastes connaissances, on n'arrivera pas à faire preuve de jugement rationnel en cas de panique ou de peur, en particulier lorsque des membres de sa famille sont touchés. Le travail de la salle d'urgence consiste à effectuer un tri très rapide et à déterminer ce qui doit être fait. Ce n'est pas aux patients de faire ce travail.

Deuxièmement, nous avons créé une nouvelle catégorie de défavorisés. Autrefois, les personnes qui n'avaient pas accès aux soins de santé étaient les pauvres, et nous avons constaté le problème. À l'origine, la Loi canadienne sur la santé était axée sur la pauvreté en tant qu'obstacle à l'obtention de soins. C'est beaucoup moins le cas aujourd'hui. Cependant, nous avons créé une nouvelle catégorie de défavorisés, ce que j'appelle les «personnes à la conscience vulnérable». Il s'agit de personnes que, en faisant appel à la culpabilité, nous parvenons à persuader de ne pas recourir aux services hospitaliers ou à d'autres services légitimes dont elles ont besoin, du moins en ce qui a trait à l'accès à l'information. Permettez-moi de vous citer l'exemple d'une dame qui vient me voir au milieu de la nuit avec des douleurs à la poitrine. Je lui demande: «Depuis combien de temps avez-vous ces douleurs à la poitrine?» Elle me répond: «Depuis trois jours.» «Pourquoi n'êtes-vous pas venue à l'urgence?» «Eh bien, je ne voulais pas vous déranger.» En fait, elle avait subi une crise

difficulties and it will cost a lot of money. We have created a class of people who are too conscientious to access the care they need when they need it.

I would like to emphasize also Dr. Lozon's comments about the targeting of education. We first need to target education to the physicians who control the majority of the resources that cost money, and second, to the public at the time they need that information. That is the time when they potentially can use it to the best advantage.

Mr. Davis: We are in danger, from time to time, of looking for a perfect solution in a very complex environment.

People do respond to incentives. We know this. The entire world, with the exception of the Canadian health care system, builds incentives into its operations. I think we do need to take a serious look at the use of incentives, especially in promoting healthy and lower-risk behaviours. There is a role for the federal government there because it controls the income tax system, and that system is one of the major ways to influence the behaviour of people and organizations. Governments have used it since the beginning of time in some very positive and very curious ways to encourage different types of behaviours. I would encourage you to continue to look at that.

When we talk about educating the public, we have to be careful not to do so in a paternalistic way. The public is being educated every day. Whether it is through the popular media, the Internet or some serious research, it is happening. The question is, what role do we want to have in educating the public?

One of the advantages of regionalized health delivery systems is that they have the ability and mandate to take on public education and information. Governments need to look at this where health systems are not fully regionalized, because it is more difficult for them to do it.

I ask the question: how many hospital systems or regionalized health systems see public education and public information as one of their major priorities? Again, most systems are grappling with delivery of illness care, managing hospitals and the so-called "sickness system." We have to put a major effort into providing information to the public. It is not so much public "education" because you cannot tell people what is right or wrong and expect them to passively accept it; you have to create a situation where reliable information is available in a user-friendly way. It must have an interactive component and, as I say, it must be focused on credibility.

cardiaque, qu'il aurait été beaucoup plus facile de traiter si nous avions pu intervenir plus tôt. Elle avait créé non seulement un problème pour elle-même, mais en plus des coûts pour mon hôpital. Elle avait converti un problème relativement simple en un problème beaucoup plus complexe. Elle continuera d'éprouver des difficultés, et les coûts seront élevés. Nous avons créé une catégorie de personnes trop consciencieuses pour accéder aux besoins dont elles ont besoin quand elles en ont besoin.

J'aimerais également revenir sur ce qu'a dit le Dr Lozon au sujet du ciblage de l'éducation. Nous devons d'abord éduquer les médecins qui contrôlent la majorité des ressources coûteuses et, deuxièmement, le public au moment où il a besoin de ce genre d'information. C'est le moment où il est en mesure de l'utiliser de la façon la plus profitable.

M. Davis: Par moments, nous risquons de chercher une solution parfaite dans un contexte très compliqué.

Les citoyens répondent aux incitatifs. Nous le savons. Le monde entier, à l'exception du système de soins de santé du Canada, prévoit des incitatifs dans ses activités. Je pense que nous devons envisager très sérieusement le recours aux incitatifs, en particulier dans la promotion des comportements sains et à faible risque. À cet égard, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer parce que c'est lui qui administre le régime d'impôt sur le revenu et que ce dernier est l'un des principaux moyens dont nous disposons pour influencer sur le comportement des particuliers et des organismes. Depuis la nuit des temps, les gouvernements utilisent le régime d'impôt sur le revenu de façon très positive et très curieuse pour favoriser différents types de comportements. Je vous invite à continuer de le faire.

Dans le domaine de l'éducation du public, nous devons nous garder d'agir de façon paternaliste. Les citoyens s'éduquent chaque jour, par l'entremise des médias de masse, d'Internet ou de recherches sérieuses. La question qui se pose est la suivante: quel rôle voulons-nous jouer dans l'éducation du public?

L'un des avantages de la régionalisation des systèmes de soins de santé vient du fait que ces derniers ont la capacité et le mandat d'agir dans le domaine de l'éducation et de l'information du public. Là où les systèmes de soins de santé ne sont pas entièrement régionalisés, les gouvernements doivent se pencher sur ces activités, qui présentent pour eux plus de difficulté.

Je pose la question: combien de réseaux hospitaliers ou de régies régionales de la santé font de l'éducation et de l'information du public leurs toutes premières priorités? Une fois de plus, la plupart des systèmes sont aux prises avec la prestation des soins aux malades et la gestion des hôpitaux ainsi que de ce que nous appelons le volet «maladies». Nous devons consacrer des efforts considérables à l'information du public. En fait, il ne s'agit pas vraiment d'«éduquer» le public parce qu'on ne peut dire aux gens ce qui est bon ou mauvais pour eux et espérer qu'ils vont passivement nous prendre au mot. Il faut plutôt créer une situation dans laquelle de l'information digne de foi est véhiculée de façon conviviale. L'information doit avoir une composante interactive et, comme je l'ai dit, être axée sur la crédibilité.

We are struggling a little with this issue in Canada. We are still of the belief that if the government puts out a bunch of brochures, that will somehow impact people. We have to get into the contemporary media and start talking to both children and adults in the same way as a variety of other sectors in the economy. We can lament the fact that all kinds of high-powered advertising are influencing people; we need to get into that game, although in a slightly different way.

We must be in the popular media, but we must establish ourselves as a credible source of information. We have to win that battle, and then people have to feel comfortable in coming to us for information on how to minimize unhealthy behaviours and how to access the system when they have an issue. It is very difficult right now to access us for information and direction. As Dr. Vertesi pointed out, during a medical crisis is not the best time to look for a rational way to interact with the system. However, even there, we make interaction with the system difficult from a user's perspective. There is much to be done. We have done a poor job because we have not seen it as a priority. We must get on with this expeditiously.

Senator Morin: I understand we are dealing with patient-oriented issues. I have a number of specific questions for the panel.

Mr. Davis, I was intrigued by your comment about tax incentives for the wellness agenda, as opposed to raising taxes on tobacco, for example. I was wondering whether you had any specific examples of that. Would we pay less income tax if we were not smoking? That is an intriguing idea.

This is for Mr. Forget and deals with the coverage of medicare services. If we could reduce the coverage of services, we could save resources. I read your recent paper with great interest and care. If I understand it, you are saying that we should remove coverage for those procedures or techniques that are not evidence based.

To that, I will say that most of the new cost drivers in our system are evidence based. We spend most of our money on the last half of our lives. With new drugs and new technologies coming out, there are more random clinical trials now than ever. Looking at the expenses, it is not so much that we are getting older as a society, but that we are introducing new procedures that were not available before. There are now more bypass surgeries and it has now been proven to be effective after 80. We never thought of doing that before. Another example is that renal dialysis has increased by 14 per cent in the last three years and costs \$50,000 a year per patient.

Au Canada, cette question nous donne un peu de fil à retordre. Nous demeurons convaincus qu'il suffit que le gouvernement publie des tas de dépliants pour produire un effet sur les citoyens. Nous allons devoir nous intéresser aux médias contemporains et commencer à nous adresser aux enfants et aux adultes de la même façon qu'on le fait dans divers autres secteurs de l'économie. Rien ne sert de déplorer l'influence qu'exercent toutes sortes de véhicules publicitaires ultra-puissants sur les gens. Nous devons jouer le même jeu, bien que de façon un peu différente.

Nous devons être présents dans les médias de masse, mais établir notre crédibilité en tant que source d'information. Nous devons gagner cette bataille. Ce n'est qu'alors que les citoyens n'hésiteront pas à s'adresser à nous pour obtenir de l'information sur les moyens de réduire au minimum les comportements malsains et d'accéder au système en cas de problème. À l'heure actuelle, il est très difficile de s'adresser à nous pour obtenir de l'information et des orientations. Comme le Dr Vertesi l'a souligné, les crises médicales ne sont pas le meilleur moment pour chercher des moyens rationnels d'interagir avec le système. Même dans ce cas, cependant, nous faisons en sorte que l'interaction avec le système est difficile du point de vue de l'utilisateur. Il y a beaucoup à faire. Nous n'avons pas fait du bon travail dans ce dossier, simplement parce que nous ne l'avons pas jugé prioritaire. Nous devons nous atteler à la tâche sans perdre une minute.

Le sénateur Morin: Je crois comprendre que nous nous en tenons pour le moment aux questions tournées vers les patients. J'ai un certain nombre de questions précises à poser aux témoins.

Monsieur Davis, vous m'avez intrigué en prônant le recours à des incitatifs fiscaux pour faire avancer la cause du bien-être, de préférence à une majoration des taxes sur le tabac, par exemple. Je me demandais si vous aviez des exemples précis à fournir. Les non-fumeurs paieraient-ils moins d'impôts? C'est une idée intrigante.

Ma question suivante, qui s'adresse à M. Forget, porte sur l'assurance des services de santé. Si nous pouvions réduire la gamme de services assurés, nous épargnerions des ressources. J'ai lu votre ouvrage récent avec beaucoup d'intérêt et de soin. Si je comprends bien, vous affirmez que nous devrions désassurer les procédures ou les techniques non fondées sur des données probantes.

À cela, je répondrai que la plupart des nouveaux inducteurs de coût dans notre système repose sur des données probantes. Nous dépensons la majeure partie de notre argent pour la deuxième moitié de notre vie. Avec la venue de technologies et de médicaments nouveaux, les essais cliniques aléatoires sont plus nombreux que jamais. À l'examen des dépenses, on se rend compte que le problème tient moins au vieillissement de la société qu'à l'introduction de nouvelles procédures auxquelles nous n'avions pas accès auparavant. Nous effectuons plus de pontages coronariens, et on a maintenant fait la preuve que la procédure était efficace chez les personnes de plus de 80 ans. Nous n'y avons jamais pensé auparavant. Voici un autre exemple: le

Therefore, this is where the expense is incurred. There is certainly no reason to deprive elderly patients of procedures that we do on 40-year-olds. Mr. Forget used the example of a dye that is used in urological procedures, but this is relative rare.

This comment is to Ms Kenny and concerns the dissatisfaction of Canadians with our system. I think it is specific to Canada. Poll after poll has shown that Canadians are amongst those who are the most dissatisfied with their system. However, we have been classed 30th by the World Health Organization. France is number one, and all of the European countries are way up on the list. Generally, the Europeans, with the exception of the British — and even they do not reach our level of dissatisfaction — are satisfied with their health system. There is something wrong with our system.

Finally, I agree with Dr. Vertesi's comment that over-consumption of services by patients is a myth. A good definition of what is an emergency is what the patient thinks it is. There are very few patients who want to submit themselves to procedures and so forth. The problem is more under-consumption. You gave an excellent example of patients not going to emergency when they have chest pain because they have been told repeatedly that they are using precious resources and so forth.

Mr. Davis: We need to do more thinking in the whole area of incentives, both positive and negative. The current bundle of incentives for wellness is largely negative — higher prices for tobacco being the best example. You could imagine a situation where there were tax incentives related to the purchase of specific services that would promote wellness, such as fitness training and things of that nature. That is one area that needs to be looked at.

Why not take a more radical approach and imagine a system where individuals registered with the regional health authority, and if they met certain fitness or wellness targets, they would receive tax incentives. It makes perfect sense when you think about it. We take a lot of money away from people in order to fund the health care system to deal with them when they are sick. Why not put cash incentives back in their hands — not just to purchase services, but real cash back in their pockets — if they are meeting certain targets, whether cardiovascular or weight related? There are all kinds of good evidence out there as to what constitutes "healthy" and "good health," but we have not spent much time focusing on that because we have been so preoccupied with the sickness side of the system.

coût des dialyses rénales a augmenté de 14 p. 100 au cours des trois dernières années. Il en coûte aujourd'hui 50 000 \$ par patient par an.

Voilà donc l'origine des dépenses. Rien ne justifie le refus à des patients âgés des procédures que nous offrons aux personnes de 40 ans. M. Forget a fait allusion à l'exemple d'un marqueur utilisé en urologie, mais les cas de cette nature sont relativement rares.

Mon commentaire suivant, qui s'adresse à Mme Kenny, porte sur l'insatisfaction des Canadiens vis-à-vis de notre système. Je pense qu'il s'agit d'un phénomène unique au Canada. Sondage après sondage, nous constatons que les Canadiens comptent parmi les personnes les plus insatisfaites de leur système. Cependant, l'Organisation mondiale de la Santé nous a classés au trentième rang. La France occupe le premier rang, et tous les pays européens figurent dans la portion supérieure de la liste. En règle générale, les Européens, à l'exception des Britanniques — dont le taux d'insatisfaction demeure inférieur au nôtre — se disent satisfaits de leur système de santé. Il y a quelque chose qui cloche au sein de notre système.

Enfin, je suis d'accord avec le Dr Vertesi pour dire que la surconsommation des services par les patients est un mythe. Une urgence est ce que le patient considère comme une urgence. C'est là une définition valable. Les patients qui souhaitent se prêter à des procédures et à tout le reste sont très rares. Le problème a plutôt trait à la sous-consommation. Vous avez cité un excellent exemple en invoquant le cas des patients qui ne se rendent pas à l'urgence même s'ils éprouvent des douleurs à la poitrine parce qu'on leur a répété qu'ils monopolisaient de précieuses ressources, et ainsi de suite.

M. Davis: Nous devons pousser la réflexion sur toute la question des incitatifs, qu'ils soient positifs ou négatifs. À l'heure actuelle, les incitatifs liés au bien-être sont pour la plupart négatifs — le prix plus élevé des produits du tabac constituant le meilleur exemple. On peut imaginer l'octroi d'incitatifs fiscaux pour l'achat de services précis favorisant le bien-être, par exemple le conditionnement physique et d'autres services de cette nature. C'est l'une des pistes que nous devons explorer.

Pourquoi ne pas adopter une approche plus radicale et imaginer un système dans lequel des personnes s'inscrivent auprès d'une régie régionale de la santé et, à condition de respecter certains critères liés à la condition physique ou au bien-être, reçoivent des incitatifs fiscaux. Quand on y pense, c'est rempli de bon sens. On perçoit beaucoup d'argent auprès des citoyens pour financer le système de soins de santé qui s'occupera d'eux en cas de maladie. Pourquoi ne pas leur proposer des incitatifs en espèces — pas seulement pour l'achat de services, mais aussi des espèces sonnantes et trébuchantes — si elles répondent à certains objectifs, qu'ils aient trait à la santé cardiovasculaire ou au poids? Nous disposons de toutes sortes de données sur ce que signifient les notions de «sain» et de «bonne santé», mais, parce que nous sommes obnubilés par le volet du système axé sur la maladie, nous n'y avons pas consacré assez de temps.

In a publicly funded system organized the way we are, we probably have an opportunity to make progress in this area. We could even become the gold standard for the world in this particular area if we focus on it. It is exciting, but we are still having a difficult time getting the attention of governments in the area.

Dr. Vertesi: Perhaps I can make some comments that do not follow normal expectations, because it makes for a livelier discussion. We all talk about incentives. There are two reasons for incentives: one is to change the utilization of our health care services and the other is to prevent illness. We talked about utilization earlier so I want to spend time on the incentive to prevent illness.

We have to be clear on what it is we are trying to achieve when embarking on prevention.

There is no question that we can affect disease patterns through prevention, but does it save money? We assume that it does because, if we prevent a car accident, then we have saved money. I will suggest that prevention does not save any money, but it does change disease patterns.

As evidence, let us look at the last 20 years of preventive action, when we have had successful seat belt legislation, anti-smoking laws, child vaccination, public health, sanitation, laws against drunk driving, et cetera. Many of these laws and programs have been successful, but if they saved money, then we should be awash with money now. However, we are not; we have simply changed disease patterns. We have allowed a person who might have died in a car accident and to get a little older, so he might have a heart attack or be susceptible to cancer or to other problems of old age, which we know to be expensive. We improved life satisfaction and I would not argue against that. I am not saying that we should not practice prevention. However, I am saying that we should stop assuming that it saves money. It does not necessarily save any money at all.

Mr. Forget: Senator Morin raised a question about whether it is right to suggest linking coverage to the quality of a medical or surgical procedure. I believe his question suggests that most of what we do that generates costs springs from the utilization of well tested and evidence-based procedures. If that is the case, so much the better. However, I question that. I see much of what is occurring in our acute-care institutions, certainly those we call "tertiary institutions" or "academic health centres." I also see what is happening in a number of other institutions, which do not have that function, in developing variations or improvements to established procedures in a very informal setting. The analogy that I draw in my text includes the rigorous methodology, adopted in most countries quite some time ago, whereby we test

Dans un système public structuré comme l'est le nôtre, nous pourrions probablement réaliser des progrès dans ce domaine. Si nous y mettons du nôtre, nous pourrions peut-être même devenir la référence mondiale dans ce domaine particulier. Il s'agit d'un secteur des plus stimulants, mais nous éprouvons toujours de la difficulté à attirer l'attention des gouvernements sur ces questions.

Le Dr Vertesi: On me permettra de formuler certains commentaires qui sortent un peu des sentiers battus, ne serait-ce parce que cela a pour effet d'animer le débat. Nous avons tous le mot «incitatifs» à la bouche. Les incitatifs visent deux objectifs: modifier l'utilisation des services de santé et prévenir la maladie. Nous avons déjà évoqué la question de l'utilisation. J'aimerais maintenant consacrer un peu de temps aux incitatifs en tant que moyen de prévenir la maladie.

Avant de nous lancer à corps perdu dans la prévention, nous devons établir clairement nos objectifs.

Il ne fait aucun doute que la prévention permet d'influer sur la structure de la morbidité, mais permet-elle de réaliser des économies? Nous tenons pour acquis que oui puisque, si nous parvenons à prévenir un accident de voiture, nous économisons de l'argent. Pour ma part, j'affirme que la prévention ne permet pas d'économiser, mais qu'elle influe sur la structure de la morbidité.

Des preuves? Examinons les 20 dernières années d'actions préventives: nous sommes parvenus à imposer des dispositions législatives relatives au port de la ceinture de sécurité, des dispositions législatives anti-tabagisme, la vaccination infantile, la santé publique, l'hygiène, les dispositions législatives contre la conduite en état d'ébriété. Bon nombre de ces lois et de ces programmes ont été de francs succès, mais, s'ils avaient permis de réaliser des économies, nous devrions aujourd'hui nager dans l'argent. Ce n'est toutefois pas le cas: nous avons simplement modifié la structure de la morbidité. Tout ce que nous avons fait, c'est permettre à une personne qui serait peut-être morte dans un accident de voiture de vivre encore pendant un certain temps, ce qui lui permettra de subir une crise cardiaque, de contracter le cancer ou d'autres problèmes associés au vieil âge, lesquels, nous le savons, sont coûteux. Nous avons amélioré la satisfaction de vivre, je ne le contesterai pas. Je ne dis pas que nous devrions renoncer à la prévention. Cependant, j'affirme que nous devrions cesser de tenir pour acquis qu'elle permet de réaliser des économies. Ce n'est pas nécessairement le cas.

M. Forget: Le sénateur Morin a soulevé une question au sujet de la pertinence d'associer la couverture à la qualité d'une procédure médicale ou chirurgicale. Dans sa question, il a laissé entendre que la plupart des coûts sont associés à des procédures bien éprouvées et fondées sur des données probantes. Tant mieux si c'est vrai. Cependant, j'en doute. Je constate la situation dans nos établissements de soins actifs, et à coup sûr dans ce que nous appelons les «établissements tertiaires» ou les «centres de santé universitaires». Je constate également la situation en vigueur dans un certain nombre d'autres établissements qui, même s'ils n'ont pas cette fonction, modifient ou améliorent des procédures établies dans un contexte très officieux. L'analogie que j'établis dans mon texte a notamment trait à la méthodologie rigoureuse,

drugs before commercialization is allowed. We know this is an expensive process, but it is done rigorously, not only by the manufacturers, but also by the governments, who play an active role in monitoring the details of this limited testing.

Imagine if drugs developed in the way other components of the health care system have developed, such that a doctor who has a concept, or an association with a chemist, has found a new molecule and wants to try it because it might produce some good results. Thus, the doctor attends a medical convention and tells his associates what he has done and they are inspired to try it also. It is done informally. That is a conceivable scenario. If we did it this way, we could see rampant use of new, untested molecules or a variation on existing molecules, and we would have huge costs and many accidents. When it comes to developing variations on, or totally new, medical and surgical procedures, we go about it in a more leisurely way.

For example, and I may have told the committee this at a previous appearance, we have known about the use of stents in angioplasty procedures for some time. It is a tested procedure but, in the last two or three years, some surgeons have begun to use three stents instead of one or two. This use has become generalized at a considerable cost.

Is this a tested procedure? It would seem that the data we possess indicates that, of the 100 patients to whom three stents are applied at a total cost of \$200,000, only three would be prevented from returning for remedial intervention. Let us put that at \$5,000 per case that would be readmitted because one stent is insufficient. In effect, we have taken a decision, on cost-effectiveness terms, to spend \$200,000 to save \$15,000.

This has been done informally and the application has been widespread, not unlike wildfire. Even though we now have the test results and the evidence, the habit has formed, and it would be difficult to change it because this has become the accepted way of doing things.

We need far greater discipline in the introduction of new procedures through testing in an approved setting on a limited scale and, if indeed they prove to be not only good for the patient but also cost effective, then they might be generalized. Drug testing involves four phases. Phase one would not apply because it involves volunteers, and no one will undergo surgery on that basis. Phases two, three and four involve a rigorous, step-by-step widening of the circle of those who receive the treatment and are monitored for effectiveness. We need to do this.

adoptée par la plupart des pays il y a déjà un certain temps, en vertu de laquelle nous soumettons les médicaments à des tests avant d'en autoriser la commercialisation. Nous savons qu'il s'agit d'une procédure coûteuse, mais des tests rigoureux sont effectués non seulement par les fabricants, mais aussi par les gouvernements, qui jouent un rôle actif dans la surveillance des détails de ces essais limités.

Imaginons maintenant qu'on met au point un médicament comme on le fait pour d'autres aspects du système de soins de santé. Tel ou tel médecin a une idée ou, peut-être en association avec un chimiste, a découvert une nouvelle molécule et souhaite en faire l'essai parce qu'elle est susceptible de produire de bons résultats. Ainsi, le médecin assiste à un congrès médical, à l'occasion duquel il informe ses collègues de ce qu'il a fait. Ces derniers ont envie de l'imiter. Tout se fait de façon informelle. Il s'agit d'un scénario envisageable. Si nous procédions de cette manière, les cas d'utilisation de molécules nouvelles et non éprouvées ou de variantes de molécules existantes risqueraient de se multiplier, et nous ferions face à des coûts énormes et à de nombreux accidents. Lorsqu'il s'agit de la mise au point de variations ou de procédures médicales et chirurgicales entièrement nouvelles, nous procédons avec plus de circonspection.

Par exemple, comme je l'ai peut-être déjà dit devant le comité à l'occasion d'une comparution précédente, on utilise depuis un certain temps les tuteurs intravasculaires pour les angioplasties. Il s'agit d'une procédure éprouvée. Au cours des deux ou trois dernières années, cependant, certains médecins ont commencé à utiliser trois tuteurs plutôt qu'un ou deux. La pratique s'est généralisée à un coût considérable.

S'agit-il d'une procédure éprouvée? Selon les données dont nous disposons, parmi 100 patients à qui on a posé trois tuteurs à un coût total de 200 000 \$, seulement trois n'auront pas à revenir pour une intervention corrective. Établissons à 5 000 \$ par cas le coût des personnes devant être réadmisses à l'hôpital parce qu'un seul tuteur est insuffisant. Dans les faits, nous avons pris la décision, par souci d'efficacité, de dépenser 200 000 \$ pour économiser 15 000 \$.

On a procédé de façon informelle, et l'application s'est généralisée, un peu comme un feu de brousse. Même si nous disposons maintenant de données et de résultats d'essai, le pli est pris, et il serait difficile de revenir en arrière parce que la pratique est désormais admise.

Nous devons faire preuve de beaucoup plus de retenue dans l'introduction de nouvelles procédures, au moyen d'essais réalisés dans un cadre approuvé et à petite échelle. Si elles se révèlent non seulement avantageuses pour les patients, mais en plus efficaces, on pourrait ensuite les généraliser. Les essais menés sur des médicaments s'effectuent en quatre temps. La première phase ne s'appliquerait pas puisqu'elle suppose le recours à des «cobayes», et personne n'accepterait de subir une intervention chirurgicale dans ce contexte. Les phases deux, trois et quatre supposent un élargissement rigoureux et progressif du cercle des bénéficiaires du traitement, dont on vérifie l'efficacité. C'est le genre de démarches dont nous avons besoin.

In step with stronger discipline in the introduction of new procedures, there are other issues of procedures being used in an environment where, for example, for reasons of critical mass, they should not. That is all part of making available, far more widely than is needed, procedures that are not tested and proven to be effective. I have no problem with evidence-based medicine, but the problem is that by the time you get the evidence, the procedure has been applied widely and for a long time to thousands of individuals. It is the process of moving from the concept to an evidence-based result that occupies so much of the time, effort and energies of our tertiary care institutions. That process has to be looked at closely, not to prohibit anything, but to determine the conditions under which a public system will pay for the procedure. If those conditions are not met, and the physician can persuade patients that it is worth proceeding, in spite of having to pay and with no guarantee of evidence-based results, well, let them have it.

Dr. Kenny: I will respond to Senator Morin's comment about my perception of health systems worldwide. Mr. Forget is absolutely correct. There is an interesting paper, a classic on health policy, entitled, "From 'promising report' to 'standard procedure': seven stages in the career of a medical innovation." It shows that over the last 10 to 15 years, we have moved from a "promising report" in a headline to claims that evidence-based medicine is essential. In philosophical terms, it is necessary but not sufficient. You still have to make a judgment on the evidence and the appropriateness. However, Mr. Forget is pointing out a remarkable discrepancy between the way in which drugs, for example, move through development to approval and widespread use as standard care, and procedures and technologies. It is an important issue.

With respect to Senator Morin's comments about my contention that Canada needs to understand that every health system worldwide is in crisis, you were either putting me in my place or chiding me; and I will give it right back to you. I actually need to say two things:

One is that Canada's drop to 30th overall in the World Health Organization ranking was due to the percentage of private money in our health care system. We still wound up either seventh or eighth in goal performance. It is problematic for the system as a whole.

Finally, on this issue of wellness incentives, et cetera, I believe the Mazankowski report did a good and important job of highlighting our need to focus on health and health maintenance.

Outre la discipline plus grande dont on devrait faire preuve dans l'introduction de nouvelles procédures, il existe d'autres problèmes liés à des procédures utilisées dans un contexte où, pour des raisons de masse critique, par exemple, elles ne devraient pas l'être. Le problème s'inscrit dans la logique suivant laquelle on rend disponibles, de façon beaucoup plus large que nécessaire, les procédures qui n'ont pas fait l'objet d'essais et dont l'efficacité n'a pas été prouvée. La médecine fondée sur des données probantes ne me pose aucun problème, mais, ce qu'il y a, c'est que, lorsqu'on obtient enfin les données, la procédure a été appliquée de façon généralisée et depuis longtemps pour des milliers de personnes. C'est le passage du concept à des résultats fondés sur des données probantes qui monopolise une grande partie du temps, des efforts et de l'énergie de nos établissements de soins tertiaires. On doit examiner cette pratique de très près, dans l'intention non pas de l'interdire, mais bien plutôt de déterminer les conditions dans lesquelles le système public assumera les frais de la procédure. Si ces conditions ne sont pas réunies et que le médecin arrive à convaincre son patient que le jeu en vaut la chandelle, même s'il aura à en assumer les coûts, sans garantie s'appuyant sur des résultats fondés sur des données, grand bien lui fasse.

La Dre Kenny: Je vais répondre au commentaire du sénateur Morin concernant ma perception des systèmes de santé du monde. M. Forget a tout à fait raison. Il existe un article intéressant, un classique dans le domaine de la politique de la santé, intitulé «From "promising report" to "standard procedure": seven stages in the career of a medical innovation». On y montre que, au cours des 10 à 15 dernières années, nous sommes passés d'un «rapport prometteur» dans une manchette à des affirmations selon lesquelles la médecine fondée sur des données probantes était essentielle. Sur le plan philosophique, cela est nécessaire, mais insuffisant. On doit toujours faire preuve de jugement relativement aux données et à leur pertinence. Cependant, M. Forget fait état d'un écart remarquable entre la façon dont les médicaments, par exemple, passent du développement à l'approbation et à l'utilisation généralisée dans les soins de tous les jours, d'une part, et les procédures et les technologies, d'autre part. Il s'agit d'un problème important.

Pour ce qui est du commentaire du sénateur Morin concernant l'affirmation que j'ai faite selon laquelle le Canada doit comprendre que tous les systèmes de santé du monde sont en crise, il cherchait à me remettre à ma place ou encore il me réprimandait. Je vais lui rendre la pareille. En fait, je dois dire deux choses.

La première, c'est que la trentième place obtenue par le Canada dans le classement de l'Organisation mondiale de la santé s'explique par le pourcentage de capitaux privés dans notre système de soins de santé. Nous arrivions toujours au septième ou au huitième rang en ce qui concerne la réalisation des objectifs. Il s'agit d'une situation problématique pour l'ensemble du système.

Enfin, en ce qui concerne les incitatifs pour la santé, et cetera, je pense que M. Mazankowski, dans son rapport, a fait du bon travail et fait un travail important en soulignant que l'on doit mettre l'accent sur la santé et le maintien de la santé.

Again, through the lens of those values I think are important, let us be clear that the wealthier are healthier, and poverty and illness will not simply disappear in lower socio-economic groups if we put our minds to it.

We have to be careful about what seems to make eminent sense when dealing with the complexity of the socio-economic determinants of health and well-being. I am fully behind the encouragement to accept responsibility for our health and well-being, but we need to recognize that the socio-economic status into which we are born is not something we choose or intellectually accept. It is more complex and problematic than that.

Mr. Lozon: Firstly, I agree with Mr. Forget. The system we use for drugs is not mirrored in other procedures. It is more of an innovative system for bringing things into the health care environment, much of which is not evidence based.

One aspect of incentives we have not talked about is the fee-for-service medical system. There is interesting work being done in the Province of Ontario on alternative funding plans for primary care physicians and practitioners. One view would be to incent the practitioner to do patient education as opposed to dialysis treatment, for example. There may be some merit in looking at a different type of physician payment system that provides incentives for education as opposed to treatment.

The Chairman: You are saying we should change the method by which general practitioners are compensated in the current fee-for-service system to something that rewards or pays for both preventive medicine and public education.

Did you say there are experiments ongoing in Ontario? I am looking to the other panellists for alternative ways of doing it elsewhere in the country. Are there any successes or results yet?

Mr. Lozon: It is too early.

The Chairman: Are there experiments going on in B.C., Alberta and Nova Scotia as well?

Mr. Davis: Actually the results are positive, but again, the issues around changing the culture and practice patterns make it difficult to implement some of these new strategies.

The Chairman: You mean changing culture among physicians?

Mr. Davis: Yes. Where that change has taken place, and we have one major project underway in Calgary, we have seen some very positive results. That is our strategy and direction going forward.

Dr. Vertesi: We also have some projects in British Columbia, and whether they are successful depends on whom you ask. Generally, the people in favour of them to begin with look for the positives. There is no question there are some successes, but this question has been around for a long time.

Une fois de plus, sous l'angle des valeurs que je juge importantes, affirmons tous ensemble que les mieux nantis sont en meilleure santé et que la pauvreté et la maladie ne vont pas disparaître des classes socio-économiques inférieures, même si nous nous attaquons de concert au problème.

Face à la complexité des déterminants socio-économiques de la santé et du bien-être, nous devons nous défier de ce qui semble être rempli de bon sens. Je suis tout à fait d'accord pour qu'on incite les citoyens à assumer la responsabilité de leur santé et de leur bien-être, mais nous devons admettre que personne ne choisit ni n'accepte intellectuellement le statut socio-économique hérité à la naissance. C'est beaucoup plus complexe et problématique que cela.

M. Lozon: Je tiens d'abord à dire que je suis d'accord avec M. Forget. Le système que nous utilisons pour les médicaments n'a pas son pareil relativement aux autres procédures. Lorsqu'il s'agit de faire entrer des éléments dont bon nombre ne s'appuient pas sur des données probantes, le système est plus novateur.

Le régime médical de rémunération à l'acte est un des aspects des incitatifs dont nous n'avons pas parlé. En Ontario, on effectue des travaux intéressants sur de nouveaux régimes de rémunération pour les praticiens et les médecins de premier recours. On pourrait, par exemple, inciter le praticien à éduquer le patient plutôt qu'à lui proposer une dialyse, par exemple. Examiner un nouveau type de rémunération des médecins ayant pour effet d'inciter ces derniers à prôner l'éducation plutôt que le traitement n'est peut-être pas sans mérite.

Le président: Ce que vous proposez, c'est que nous modifions le mode de rémunération des omnipraticiens, soit la rémunération à l'acte, au profit d'un régime ayant pour effet de récompenser et de rémunérer la médecine préventive et l'éducation du public.

Vous ai-je entendu dire que des expériences étaient en cours en Ontario? J'invite les autres témoins à nous faire part de nouvelles façons de faire en application ailleurs au pays. A-t-on obtenu jusqu'ici des réussites ou des résultats?

M. Lozon: Il est encore trop tôt.

Le président: Les expériences sont-elles en cours en Colombie-Britannique, en Alberta et en Nouvelle-Écosse également?

M. Davis: En fait, les résultats sont positifs, mais, une fois de plus, il est difficile de mettre en œuvre certaines de ces nouvelles stratégies en raison des problèmes liés à la modification des cultures et des habitudes de pratique.

Le président: Modifier la culture des médecins?

M. Davis: Oui. Là où la modification a été apportée, et un projet majeur est en cours à Calgary, nous avons constaté certains résultats très positifs. C'est notre stratégie et l'orientation que nous avons prise.

Le Dr Vertesi: Il y a également certains projets en Colombie-Britannique. Quant à savoir s'ils sont une réussite, tout dépend des interlocuteurs. En règle générale, les personnes favorables au départ retiennent les éléments positifs. Il ne fait aucun doute que nous avons certaines réussites à notre actif, mais la question est à l'étude depuis un long moment.

We think of the United States as a place where the system is all free enterprise, but of course that is not true. The United States has a huge variety of different systems, all somehow coexisting. Depending on where you look, there are many systems in the U.S. that have tried this and have done a lot of research on it.

Looking at the meta-analyses of these trials, the consensus seems to be that when you make this kind of change to the way doctors are paid, sometimes there are efficiencies to be gained. Sometimes, certain patients get better service. However, it does not seem that there are any overall cost savings. The costs turn out to be the approximately the same.

The Chairman: Are you saying that regardless of the method of compensation of physicians in the primary care sector, the costs are the same, but the health of the patients may be significantly different?

Dr. Vertesi: Yes, depending on the sub-population you are looking at. There are rural populations and populations of people where the rate of HIV is high, so you have to look at each separate group, as it is not "one size fits all."

The Chairman: There may be reasons for changing the system beyond merely saving money; you may actually change it to help patients.

Dr. Vertesi: At a meeting I attended recently, the registrar of the College of Physicians and Surgeons of British Columbia maybe put it best when he talked about looking at ways of influencing physicians' behaviour. He commented that no matter what, 75 per cent of physicians try to do a good job and 25 per cent try to find a way to milk the system. If you change the rules, you will still find that 25 per cent trying to milk the system.

The Chairman: As we go on in this series of hearings, we will move into areas of funding and getting new money into the system. Everyone seems to agree, in some form or another, that a variety of new funding methods, or at least new funds, will be required for a number of things, including health information systems and technology.

We will need to look at what is the most effective method of doing that, and pick up on Ms Kenny's point about the fairest and most equitable way for individuals to contribute more to the health care system in the Canadian context.

Four weeks from today, we are holding another special session, where we will question experts from a wide variety of perspectives on the funding question. We want to lay out all the alternatives.

Nous voyons dans les États-Unis un pays où le système relève entièrement de l'entreprise privée, mais bien entendu, c'est faux. Aux États-Unis, on retrouve une énorme quantité de systèmes différents qui cohabitent tant bien que mal. Selon les endroits où vous portez le regard, il y a aux États-Unis de nombreux systèmes où on a fait des essais en ce sens et où on a effectué de nombreuses recherches.

Le consensus qui semble se dégager à l'examen des méta-analyses de ces essais est qu'il est parfois possible de réaliser des gains d'efficience en apportant ce genre de modification à la rémunération des médecins. Parfois, certains patients obtiennent des services de meilleure qualité. Cependant, rien ne semble faire état d'économies générales. Les coûts sont à peu près les mêmes.

Le président: Êtes-vous en train de nous dire que, indépendamment de la méthode de rémunération des médecins qui travaillent dans le secteur des soins primaires, les coûts demeurent les mêmes, tandis que les effets sur la santé des patients peuvent être sensiblement différents?

Le Dr Vertesi: Oui, selon la sous-population à l'étude. Il y a des populations rurales et des populations où le taux d'infection au VIH est élevé. Il faut donc étudier le cas de chaque groupe distinct. Tout n'entre pas dans le même moule.

Le président: Il y a peut-être d'autres raisons de modifier le système que le simple souci de réaliser des économies; en fait, on pourrait peut-être envisager de le transformer pour venir en aide aux patients.

Le Dr Vertesi: À l'occasion d'une réunion à laquelle j'assistais récemment, le registraire du collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique a eu, relativement aux moyens d'influer sur le comportement des médecins, le commentaire heureux suivant: peu importe ce qu'on fera, 75 p. 100 des médecins effectueront un bon travail, et 25 p. 100 d'entre eux tenteront d'exploiter le système à leur avantage. Si vous modifiez les règles, vous constaterez que les mêmes 25 p. 100 continueront d'exploiter le système.

Le président: Au fur et à mesure de la présente série d'audiences, nous allons nous intéresser aux questions touchant le financement et l'injection de nouveaux capitaux dans le système. Tout le monde semble d'accord pour dire qu'on aura besoin, sous une forme ou une autre, d'une diversité de nouvelles méthodes de financement, ou au moins de nouveaux capitaux, pour un certain nombre d'aspects, notamment les systèmes d'information sur la santé et la technologie.

Nous allons devoir étudier la meilleure méthode à utiliser pour y parvenir et revenir sur le point soulevé par Mme Kenny au sujet de la méthode la plus juste et la plus équitable pour permettre aux particuliers d'apporter une contribution plus grande au système de soins de santé au Canada.

Dans quatre semaines, nous allons tenir une autre séance spéciale, à l'occasion de laquelle nous entendrons des spécialistes d'horizons divers nous entretenir de la question du financement. Nous tenons à mettre toutes les solutions de rechange possibles sur la table.

The Chairman: I will now turn to Senator Robertson. For those who do not know, Senator Robertson, before being appointed to the Senate, was the Minister of Health in the Province of New Brunswick for many years.

Senator Robertson: With all these interesting people here, it is difficult to know where to start, because there are so many questions. We have expertise at the table of which one should take much advantage.

I think Mr. Lozon talked briefly about simplifying what we are doing so that the public can better understand.

My first question would be for all of you, but perhaps Mr. Lozon and Mr. Forget would start it off, as they mentioned these matters in their remarks.

The thrust of everyday politics has always been a curse. The issue is discussed under principle 2 in chapter 2 of the fifth report. I know it is regarded by several members of committee as one of the most important principles for us to look at.

I would like your views on the management of the health care system if it were transferred, as it was originally thought of, from current provincial health departments to provincial arm's-length agencies. How do we get around the political ramifications of that move, still keeping the political arm involved without having it interfere? It would be helpful to have a discussion on that issue.

We will have witnesses later in the week with whom I will also vigorously pursue this issue. It is frustrating. A government changes, and all the work goes down the drain, and then it gets back on track, and then the government changes again. It is a treadmill. It is wasteful and very frustrating for the patient.

I would like a further discussion on the public and private delivery of health care. The people with whom I speak on a regular basis do not seem to care how they get the medical services, as long as they get them. I would like to hear your thoughts on that.

We were off the patient-oriented issue, but one thing I really worry about is that given the way our system is structured now, we have almost removed the patients and their families from any involvement. We are "warehousing," as we all know, whether it is seniors in special care homes or wherever. There is no encouragement for the family to become or to stay involved. To make a silly comparison, if I cook dinner for my family every night, it is a lot better for them because I am a good cook, but it is also cheaper than dragging them out for dinner every night. We seem to have removed the interest of the family in helping, and somehow I believe we have to get it back. To add to that question, do you know of any jurisdictions internationally that are doing this successfully?

Le président: Je vais maintenant céder la parole au sénateur Robertson. Pour ceux d'entre vous qui l'ignoraient, le sénateur Robertson, avant d'être nommé au Sénat, a agi comme ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick pendant de nombreuses années.

Le sénateur Robertson: Avec toutes les personnes intéressantes réunies ici, il est difficile de savoir par où commencer: il y a tant de questions à poser. Nous avons réuni autour de la table une expertise qu'il faut mettre à profit.

Je pense que c'est M. Lozon qui a évoqué brièvement la simplification de ce que nous faisons, de façon que les citoyens comprennent mieux.

Ma première question s'adresse à tous les témoins, mais peut-être d'abord à M. Lozon et à M. Forget, qui y font référence dans leurs propos.

L'exercice du pouvoir au jour le jour a toujours été pénible. On évoque cette question dans le principe 2 du chapitre 2 du cinquième rapport. Je sais que certains membres du comité considèrent qu'il s'agit de l'un des principes les plus importants à analyser.

J'aimerais vous entendre sur la gestion du système de soins de santé si elle passait, comme on l'a d'abord envisagé, des ministères provinciaux de la santé à des organismes provinciaux autonomes. Comment contourner les écueils politiques d'une telle mesure, tout en permettant au pouvoir politique de continuer de jouer un rôle sans toutefois s'ingérer? Il serait intéressant que nous abordions cette question.

Plus tard cette semaine, nous allons entendre des témoins avec qui je désire également débattre vigoureusement de cette question. C'est frustrant. Il y a un changement de gouvernement, et tout le travail effectué... le travail reprend et le gouvernement change de nouveau. C'est un peu comme un tapis roulant. Il s'agit d'un gaspillage, frustrant pour le patient.

J'aimerais qu'on pousse plus loin l'analyse de la prestation des soins de santé par le secteur public par rapport au secteur privé. Les personnes à qui vous parlez régulièrement semblent se préoccuper assez peu de l'origine des services médicaux, à condition qu'ils en reçoivent. J'aimerais entendre vos réflexions à ce sujet.

Nous sommes quelque peu éloignés de la question des patients, mais l'une des choses qui me préoccupent, c'est que, dans notre système, tel qu'il existe aujourd'hui, nous avons pratiquement exclu les patients et leur famille de toute forme de participation. Nous «entreposons», comme nous le savons tous, les aînés dans des foyers de soins spéciaux, et ainsi de suite. On n'encourage nullement la famille à s'engager et à continuer de participer. Permettez-moi une comparaison boiteuse. Faire la cuisine pour ma famille tous les soirs constitue une meilleure solution non seulement parce que je suis bonne cuisinière, mais aussi parce que cette solution est moins coûteuse que de traîner tout le monde au restaurant tous les soirs. J'ai l'impression que nous avons découragé les familles d'apporter une aide, et je pense que nous

Mr. Forget: With regard to the political ramifications of setting up an arm's-length agency, first, I wonder if there is not a danger of overstating the obstacles to doing this in the current context. As I observe the fate of health ministers, and even deputy ministers, these are very exposed positions, which probably explains the high turnover. It is not as gratifying, for some reason, as it used to be. There might even be some relief for the political class in taking a more arm's-length role. Now, that is only a thought. It may not be sufficient.

In your recommendations, you suggest splitting off the evaluation role from the responsibility for service delivery, and certainly that provides a good way of working into a contractual arrangement with such an arm's-length organization, with sanctions for non-performance that would be based on evidence of failure, and the ability to remove the people from their positions and try to find more effective office holders.

You need a framework of accountability. These are public monies. There is no doubt that politicians, or our political institutions, to put it more broadly, should not walk away from health and say we have settled the problem once and for all. We need a contract or a statutory set of obligations targeted to sensitivity to patients' concerns, and there are ways of ensuring this is monitored, measured and evaluated. A series of performance requirements would not be very different from the performance requirements that some institutions in this country have developed for themselves. Monitoring those regularly would provide a sufficient basis to pass judgment from time to time, annually or somewhat less frequently, as the need may be.

I think that the politicians could feel that they are in charge. They could always modify legislation that affects entitlements and so on. It is not beyond our imagination to devise a set of obligations, constraints and controls that, in essence, keep the politicians as the masters, but prevent the micro-management on a huge scale that we see today and the lack of continuity that is so damaging.

On the question of public and private delivery of health care, I assume that you really mean delivery as opposed to financing. My point about managers having space to manage would certainly apply to that. The question of doing something yourself or contracting someone to do it is a management issue. It does not raise any fundamental question of entitlement or fairness as it applies to categories of beneficiaries. It is just a question of what works best in one circumstance or another, and that should not be specified by the system, but left to managers to decide. That is one of the options they might have to choose. If they had the power to

devons trouver un moyen de faire marche arrière dans ce domaine. Dans le même ordre d'idées, connaissez-vous d'autres pays du monde où on agit ainsi avec succès?

M. Forget: En ce qui concerne les écueils politiques à contourner pour créer un organisme autonome, je me demande d'abord si on n'a pas tendance à exagérer l'importance des obstacles à une telle mesure dans le contexte actuel. À titre d'observateur du destin des ministres de la Santé et même des sous-ministres, je me rends compte qu'il s'agit d'un poste très vulnérable, ce qui explique probablement le haut taux de roulement. Pour une raison ou pour une autre, le poste n'est plus aussi gratifiant qu'autrefois. L'établissement d'un organisme autonome pourrait peut-être même procurer un certain soulagement à la classe politique. Il s'agit simplement d'une réflexion. Ce n'est peut-être pas suffisant.

Dans vos recommandations, vous proposez de dissocier l'évaluation de la responsabilité de la prestation des services, ce qui constituerait à coup sûr un bon point de départ pour l'établissement d'un contrat contractuel avec un tel organisme autonome. En cas de rendement insuffisant établi à partir d'un constat d'échec, on pourrait imposer des sanctions. En outre, il serait possible de remercier les responsables et de chercher de nouveaux candidats plus efficaces.

On doit définir un cadre de responsabilité. Il est ici question de fonds publics. Il ne fait aucun doute que les politiciens ou, de façon plus générale, nos institutions politiques ne devraient pas se retirer du domaine de la santé et se dire qu'ils ont réglé leur problème une fois pour toutes. Nous devons établir un contrat ou une série d'obligations contraignantes axées sur le respect des préoccupations des patients, et il existe des moyens de veiller à ce que cela soit surveillé, mesuré et évalué. De tels critères de rendement ne seraient pas si différents de ceux que certains établissements du pays ont élaborés pour eux-mêmes. Des contrôles périodiques permettraient de porter un jugement de temps à autre, chaque année ou moins fréquemment, au besoin.

Je pense que les politiciens n'en auraient pas moins l'impression d'être aux commandes. Ils auraient toujours la possibilité de modifier les dispositions législatives influant sur les allocations, et ainsi de suite. Il n'est pas inconcevable de penser qu'on puisse mettre au point une série d'obligations, de contraintes et de contrôles qui, essentiellement, feraient en sorte que les politiciens resteraient aux commandes, mais en même temps, éviteraient la microgestion à une échelle colossale dont nous sommes aujourd'hui témoins et l'absence de continuité, dont les conséquences sont si dommageables.

En ce qui concerne la prestation des soins de santé par les secteurs public et privé, je tiens pour acquis que vous voulez vraiment parler de la prestation, et non du financement. Le point que j'ai soulevé à propos de la nécessité de permettre aux gestionnaires de gérer trouve assurément une application ici. Décider de faire une chose soi-même ou de la confier à quelqu'un d'autre constitue indubitablement une question de gestion. Cela ne soulève aucun problème fondamental relatif au droit ou à l'équité, en rapport avec diverses catégories de bénéficiaires. La question est tout simplement de savoir ce qui fonctionne le mieux

choose it, it would enhance their authority. By denying choice to managers, you reduce their role to that of executors and not real managers.

On the question of patient and family involvement, I do not see this as a problem in short acute care episodes. If the family exists, and sometimes, as we know, it does not, and there is an acute episode, unless it is a very strange family, it does get involved. It is a crisis, and is perceived as such. It is of short duration, which perhaps facilitates involvement, because after all, life goes on.

Long-term care is all too often an all-or-nothing proposition, and if it is institutional, then the family can easily lose interest, and if it is nothing, you can literally kill the family with the burden that they have to bear. There must be ways of blending this approach, and indeed there are. Home care, respite services and so on are all pertinent to this issue. However, I am not a specialist in this area.

The Chairman: I wonder if Mr. Lozon and Jack Davis, both of whom are managers, would care to respond to this point.

Mr. Lozon: I will try to frame my response in the context of Senator Robertson's questions.

When I talk about an arm's-length agency and the capacity to manage, that does not imply that the role of the Minister of Health in health policy is marginal or superfluous, particularly because in my scheme of things, the setting of provincial health goals would continue to reside with the ministers, who may have whatever processes they think are required to develop those goals.

In my opening remarks, I mentioned that a care guarantee could very well be the legitimate outcome of a minister's thinking about the matter. I am suggesting that the capacity of ministers to actually organize and deliver the health care system is marginal at best. They do not have the ability — I do not mean that individually but institutionally — to organize the system on a continuous, progressive basis or to reorganize the system, as may be required, based on a whole series of new demographic and technological imperatives.

A body such as an Ontario health services corporation or Ontario health services commission would be one possibility. One of the most cogent comments made during our period of intense restructuring, which was from 1996 to 1998, came from one of the elected politicians, who said that the government wore every change made by the Ontario Health Services Restructuring Commission, but they could never have made most of the

dans tel ou tel cas. Or, ce sont les gestionnaires, et non le système, qui devraient en décider. C'est l'une des options qu'ils pourraient avoir à choisir. La liberté de choix contribuerait au renforcement de leur autorité. En privant les gestionnaires de la liberté de choisir, on réduit leur rôle à celui d'exécutants, et non de gestionnaires à part entière.

En ce qui concerne la question des patients et de la participation des familles, je ne vois pas de problème lorsqu'on a affaire à de brefs épisodes de soins actifs. S'il y a une famille — parfois, comme nous le savons, il n'y en a pas — et qu'un épisode de soins actifs survient, la famille participe, à moins qu'il ne s'agisse d'un groupe de personnes fort étranges. Il s'agit d'une crise, considérée comme telle. Elle est de courte durée, ce qui facilite peut-être la participation, puisque, après tout, la vie se poursuit.

En ce qui concerne les soins de longue durée, on a trop souvent affaire à une proposition manichéenne. Si la personne est hospitalisée, la famille risque de perdre tout intérêt; si aucun service n'est offert, la famille risque d'éclater sous le poids des soins à prodiguer. Il doit bien y avoir des solutions qui permettent de marier ces deux approches. De fait, il en existe. Les soins à domicile, les services de relève et ainsi de suite sont tous pertinents dans ce contexte. Cependant, je ne suis pas un spécialiste du domaine.

Le président: Je me demande si M. Lozon et Jack Davis, qui sont tous deux gestionnaires, aimeraient dire un mot à ce sujet.

M. Lozon: Je vais tenter de formuler ma réponse en tenant compte de paramètres définis par le sénateur Robertson dans ses questions.

En parlant d'un organisme autonome et de la capacité de gérer, je ne voulais pas laisser entendre que le rôle joué par le ministre de la Santé dans le domaine de la politique de la santé est marginal ou superflu, surtout que, selon ma conception des choses, les ministres demeureraient responsables de l'établissement des objectifs provinciaux dans le domaine de la santé. Pour que ces objectifs soient atteints, les ministres pourraient recourir à tel ou tel processus.

Dans mes propos liminaires, j'ai indiqué que des garanties de soins pourraient très bien constituer l'aboutissement légitime de la réflexion d'un ministre à ce propos. Ce que je dis, c'est que la capacité des ministres d'organiser et d'administrer le système de soins de santé est au mieux marginale. Ils n'ont pas la capacité — je fais référence non pas aux personnes, mais aux institutions — d'organiser le système d'une façon continue et progressive ni de réorganiser, selon le cas, à la lumière de toute une série de nouveaux impératifs démographiques et technologiques.

On pourrait envisager la mise sur pied d'un organisme comme la société ou la commission des services de santé de l'Ontario. On doit à un politicien élu l'un des commentaires les plus prégnants formulés à l'occasion de la période de restructuration la plus intense, soit de 1996 à 1998. En effet, ce dernier a déclaré que le gouvernement assumait la responsabilité de toutes les modifications apportées par la Commission de restructuration

changes themselves. Although that may seem somewhat contradictory, there is a very real set of constraints on elected officials.

One could see an Ontario Health Services Commission as the actual purchaser of a series of services from institutional or community-based providers. The government may end up being the evaluator of how well that system works and the long-term goal setter. That is some further elaboration around that issue.

There is no question in my mind that, over the last seven or eight years, as health care has become increasingly the most important issue facing Canadians, the natural inclination of governments is to get more involved. Their natural process is: If we have a problem with emergency department access, we will move in and manage that access; if we have problems with extensive waiting lists in cancer care, we will move in and manage the waiting list issue, et cetera.

Governments are reasonably blunt instruments, in that they can either fund or not fund; they can regulate or not regulate. However, they have neither the capacity nor, regrettably, the expertise to actually manage the system. Ultimately, they have choked the management of the system. I am not suggesting that the management of the system is totally pristine. Hospitals have budget overruns and sometimes do not manage their affairs; doctors may prescribe more than they are required to — those types of things occur. The fact is that there is not much management in the system, and it is declining. It is more government management, which is dictated or heavily influenced by departments of finance, premiers' offices or cabinet offices.

It is not an exaggeration to suggest that health care policy may actually be set in the premier's office, as opposed to in the office of the Minister of Health. The question is not whether the Minister of Health's office should set health care policy, but whether it should have a continuing role in the organization and management of the system.

The Chairman: If I look at the evolution of the federal Department of Transport over the last 25 years, when I first came here it ran airports, harbours and all kinds of things. Now the Department of Transport is essentially a policy department. Airports and harbours have been spun off, VIA Rail is now a separate Crown corporation and so on. The policy and safety controls rest with the Ministry of Transport, but none of the operational parts. Is that a correct analogy?

If I am right, in addition to "letting the managers manage" — which was the phrase 10 to 15 years ago — it would also mean a significant downsizing of the number of people in the provincial departments of health. You would not need them. Are both those conclusions correct?

des services de santé, mais qu'il n'aurait pu lui-même apporter la majorité des changements en question. Cela peut paraître contradictoire, mais les représentants élus font face à des contraintes très réelles.

On pourrait voir dans la Commission des services de santé de l'Ontario l'acheteur effectif d'une série de services auprès de fournisseurs communautaires ou institutionnels. Au bout du compte, le gouvernement aura probablement pour tâche de fixer des objectifs à long terme et d'évaluer la mesure dans laquelle le système fonctionne. C'était donc une certaine réflexion additionnelle sur cette question.

Dans mon esprit, il ne fait aucun doute que, au cours des sept ou huit dernières années, le penchant naturel du gouvernement, au moment où la santé s'est de plus en plus imposée à titre de principal problème auquel les Canadiens sont confrontés, a été de s'engager plus avant. Son inclination naturelle est la suivante: si l'accès aux salles d'urgence pose problème, nous allons intervenir et gérer l'accès; si les listes d'attente dans le domaine du traitement du cancer se prolongent, nous allons intervenir et gérer le problème des listes d'attente, et cetera.

Les gouvernements sont des instruments relativement peu nuancés, en ce sens qu'ils peuvent financer ou non, réglementer ou non. Cependant, ils n'ont ni la capacité, ni, malheureusement, l'expertise voulue pour administrer effectivement le système. Au bout du compte, ils ont enrayé l'administration du système. Je ne voudrais surtout pas laisser croire que les administrateurs du système sont irréprochables. Les hôpitaux dépassent leur budget et, dans certains cas, n'administrent pas leurs affaires; certains médecins prescrivent plus que de raison — ce genre de problème existe. Le fait est que l'administration du système est limitée et en perte de vitesse. De plus en plus, c'est le gouvernement qui administre, les ministères des Finances, les cabinets des premiers ministres ou les bureaux du Cabinet dictant les orientations ou exerçant une influence massive.

Il ne serait pas exagéré d'affirmer que la politique de la santé est définie dans le cabinet du premier ministre, plutôt que dans celui du ministre de la Santé. La question est non pas de savoir si c'est le cabinet du ministre de la Santé qui devrait définir la politique de la santé, mais bien plutôt s'il devrait jouer un rôle soutenu dans l'organisation et l'administration du système.

Le président: Observons l'évolution du ministère fédéral des Transports. Il y a plus de 25 ans, lorsque je suis arrivé ici, le ministère exploitait les aéroports, des ports et ce genre de choses. Aujourd'hui, le ministère des Transports est essentiellement un ministère à vocation stratégique. Il a cédé la responsabilité de l'administration des aéroports et des ports, Via Rail constitue maintenant une société d'État distincte, et ainsi de suite. La politique et la sécurité relèvent du ministre des Transports, mais pas les aspects opérationnels. Est-ce une bonne analogie?

Si j'ai raison, en plus de laisser aux gestionnaires le soin de gérer — c'est l'expression qu'on utilisait il y a 10 à 15 ans —, on devrait réduire considérablement le nombre de fonctionnaires à l'œuvre dans les ministères provinciaux de la Santé. On n'aurait plus besoin d'eux. Les deux conclusions sont-elles exactes?

Mr. Lozon: Yes. One of the real ironies of the system is that most of the expertise in the health care system is not in the ministries of health. Most of the expertise resides amongst the provider community, et cetera. In effect, you could create not only a smaller entity, but also a more expert one.

Senator Morin: I would be interested to hear the comments of Mr. Davis. Mr. Lozon is recommending an arm's-length board that would actually manage health care. Ontario does not have the regional authorities that some other provinces have. I do not think you are going down that avenue, and I know you believe that there is no evidence that regional authorities have increased the efficiency of the system. What about a province with regional authorities — I look forward to hearing what Mr. Davis has to say about that — where the authority and responsibility is actually decentralized? Do you still need a board of that type?

Mr. Lozon: I will let Mr. Davis answer that. You could, because — Alberta might not be the right example — in British Columbia, for example, patients could decide whether they wanted to go to the Vancouver Coastal Health Authority or the Fraser Health Authority, after considering questions of access, quality and that type of thing. A purchaser at a provincial level would purchase services from those particular regional authorities. One comment I would make about Ontario is that it would be much easier to set up regions if it were done by a provincial health authority rather than by the Minister of Health.

The Chairman: Since everyone is commenting on how regional authorities work, and since you run one of the biggest in the country, Mr. Davis, go ahead.

Mr. Davis: I agree with much of what Mr. Lozon has said, but with a couple of caveats. In Alberta in the early 1990s, when the government entered into its major restructuring under Premier Klein, it was part of a fundamental rethink of the role of government and it boiled down to some very straightforward, not too simple items. Government's role was seen to be that of legislating, setting policy, allocating resources, measuring performance and reporting to the public. Clearly, under those broad categories, the role of ministries of health is to set policy and standards. Mr. Lozon talked about health goals as a government responsibility.

However, government has to have some responsibility on the resource side, and this is where it gets a little tricky. While government has a role in the macro allocation of resources, in my view, it would be preferable to make the allocation decisions more systematic and organized and provide a buffer between that process and the government. To some extent, the population funding system in Alberta does provide for a more non-politicized

M. Lozon: Oui. L'une des véritables ironies du système, c'est que l'essentiel de l'expertise dans le système de soins de santé ne se trouve pas dans les ministères de la Santé. En fait, ce sont plutôt les fournisseurs et autres intervenants qui la possèdent. Dans les faits, on créerait non seulement une entité plus petite, mais aussi une entité plus spécialisée.

Le sénateur Morin: J'aimerais entendre les commentaires de M. Davis. M. Lozon recommande la mise sur pied d'un organisme autonome qui aurait dans les faits pour mandat d'administrer les soins de santé. L'Ontario ne possède pas les régies régionales dont sont dotées d'autres provinces. À ma connaissance, la province ne s'engage pas dans cette voie, et je sais que, à votre avis, rien ne prouve que les régies régionales aient contribué à l'amélioration de l'efficacité du système. Qu'arriverait-il dans le cas d'une province dotée de régies régionales — j'attends avec impatience d'entendre M. Davis à ce sujet — où les pouvoirs et les responsabilités seraient effectivement décentralisés? A-t-on toujours besoin d'un organisme de cette nature?

M. Lozon: Je vais laisser à M. Davis le soin de répondre. C'est possible, parce que — l'Alberta n'est peut-être pas l'exemple qui convient — en Colombie-Britannique, par exemple, les patients pourraient décider de s'adresser à la régie de la santé de Vancouver ou à celle de la vallée du Fraser, après avoir examiné les questions relatives à l'accès, à la qualité et le reste. Au niveau provincial, un acheteur de services s'approvisionnerait auprès de ces régies régionales. En ce qui concerne l'Ontario, il serait beaucoup plus facile de constituer les régions si le travail était effectué par une régie provinciale de la santé plutôt que par le ministère de la Santé.

Le président: Puisque chacun se prononce sur le fonctionnement des régies régionales et que vous dirigez l'une des plus importantes au pays, je vous invite, monsieur Davis, à nous faire part de vos commentaires.

M. Davis: Je suis d'accord avec bon nombre d'affirmations de M. Lozon, mais je tiens à faire deux ou trois mises en garde. En Alberta, au début des années 90, lorsque le gouvernement a entrepris sa restructuration majeure sous la gouverne du premier ministre Klein, la démarche s'est inscrite dans une redéfinition fondamentale du rôle du gouvernement, ramenée à certains éléments très directs et pas aussi simples qu'il paraît. Ainsi, on en est venu à la conclusion que le gouvernement avait pour rôle de légiférer, d'établir des politiques, d'allouer des ressources, de mesurer le rendement et de rendre des comptes au public. De toute évidence, dans le cadre de ces grandes catégories, les ministres de la Santé ont pour rôle d'établir la politique et les normes. M. Lozon a affirmé que les objectifs en santé relevaient de la responsabilité du gouvernement.

Cependant, le gouvernement a certaines responsabilités du point de vue des ressources, et c'est là que les choses se corsent un peu. S'il est vrai que le gouvernement a un rôle à jouer dans la macro-allocation des ressources, il serait préférable, à mon avis, de prendre les décisions touchant les allocations de façon plus systématique et structurée et établir une sorte de zone-tampon entre cette procédure et le gouvernement. Jusqu'à un certain

way of allocating resources. I would not have a problem with some of the resources being allocated by an arm's-length commission or body, because that makes some sense. Measuring performance clearly should be done by an arm's length, credible organization.

The Chairman: Nationally?

Mr. Davis: It could be done nationally, regionally or provincially. The key is that it cannot be done politically. I do not think that is difficult to set up.

The Chairman: The only reason I have favoured a national one is that the cost to the smaller provinces of operating their own evaluation system would be a high, or it would be a poor evaluation. It seems to me that running it nationally would provide real economies of scale.

Mr. Davis: My 20-second comment is that I would be careful about setting up a national commission. I think a national "virtual" commission, drawing from the various regions, would make sense. You have to be careful not to create a system that is too big or bureaucratic.

Reporting to the public can be done through data from arm's-length organizations, but ultimately, it is the government that has to report. I would be careful about setting up a single, integrated commission to oversee the management, resource allocation and performance of the system. That has the potential to become a large, bureaucratic instrument — a political organization. These things have not generally worked well in the transportation area, or other areas where we tried to centralize everything in one regulatory body.

We do not want to inhibit local innovation and we do not want a situation whereby we have to consult with the commission on almost every decision. Eventually, because of the pressures in the health care system, the tendency would be to delegate upwardly. It is not just the fault of ministers and premiers; the system loves to give the problems of regional health authorities to the government and declare, "These are your problems, not ours. Give us more money to do this and to do that and all will be fine."

I would say that a regionalized system does give you more opportunity to manage and allocate your resources, pick priorities and move away from merely managing the sickness care side of the business, which is the most regulated side. I talked about communication, information to the public and wellness. There is much action in the non-regulated part of the health care community that needs to be integrated into and managed within the overall health care system. There is no easy answer, but generally, I believe that depoliticizing the day-to-day side of the

point, le régime de financement en fonction de la population utilisé en Alberta permet une allocation des ressources moins politisée. Je ne verrais pas d'un mauvais œil que certaines des ressources soient allouées par une commission ou un organisme autonome, parce que cela se justifie en partie. De toute évidence, c'est un organisme crédible et autonome qui devrait se charger de la mesure du rendement.

Le président: Au niveau national?

M. Davis: Au niveau national, régional ou provincial. L'essentiel, c'est qu'il n'y ait pas d'ingérence politique. Je ne crois pas que ce serait difficile à organiser.

Le président: Si je préconise un organisme national, c'est uniquement parce que, pour les provinces plus petites, les coûts d'exploitation d'un système d'évaluation seraient élevés, ou alors l'évaluation serait de mauvaise qualité. Il me semble qu'on pourrait réaliser de réelles économies d'échelle en procédant au niveau national.

M. Davis: Très brièvement, je précise qu'on devrait faire preuve de beaucoup de prudence avant de créer une commission nationale. Je pense qu'une commission «virtuelle», à laquelle participeraient les diverses régions, se justifierait. Il faut éviter de créer un système trop lourd ou bureaucratique.

Pour rendre des comptes au public, on pourrait utiliser des données émanant d'organismes autonomes, mais, en dernière analyse, c'est le gouvernement qui doit rendre des comptes. Pour ma part, j'hésiterais avant de créer une commission unique et intégrée chargée de superviser la gestion, l'allocation des ressources et l'évaluation du rendement du système. Une telle commission risquerait de devenir un lourd instrument bureaucratique — un organisme politique. Dans le domaine des transports et dans d'autres domaines où nous avons tenté de tout centraliser à l'intérieur d'un seul et même organisme de réglementation, les résultats n'ont généralement pas été convaincants.

Nous devons éviter de freiner l'innovation au niveau local, et nous devons également éviter de créer une dynamique en vertu de laquelle on doit consulter la commission avant de prendre toutes les décisions, ou presque. Tôt ou tard, en raison des pressions qui s'exercent sur le système de soins de santé, on aura tendance à déléguer suivant une dynamique ascendante. Les ministres et les premiers ministres ne sont pas les seuls à blâmer; le système se plaît à refiler les problèmes des régies régionales de la santé au gouvernement en disant: «Ce sont vos problèmes, pas les nôtres. Donnez-nous plus d'argent pour faire ceci et cela, et tout ira bien».

Je dirais qu'un système régionalisé confère plus de possibilités au chapitre de la gestion et de l'allocation des ressources, de l'établissement des priorités et de la gestion pure et simple du volet et des activités axées sur la maladie, soit l'aspect le plus réglementé. J'ai fait allusion à la communication, à l'information du public et au bien-être. Bon nombre d'interventions liées au volet non réglementé des soins de santé doivent être intégrées au système de soins de santé général et administré dans ce contexte. Il n'y a pas de réponse facile, mais,

system is crucial. There are several different approaches to that, although no one has the right balance entirely figured out. You could be breaking some new ground with your recommendations.

Mr. Scott: With this comment, I give up any possibility of ever claiming the role of “philosopher king.”

I concur with Mr. Lozon’s comments, notwithstanding my comments at the beginning, as long as it is clear that policy remains in the hands of the ministry. We would certainly be far better off at the provincial level, and I am heavily influenced by Ontario, of course. I believe it would lead to a much better operation in the medium term, and perhaps in a longer term of 10 years.

This is where I blow away all my claims to broad philosophical concepts. I want to do it because I do not believe there is a “silver bullet” for most of these situations. One of the ways to eliminate a mess is to come up with a new structure. That structure may, in 10 years’ time, be another mess, so you revert to the structure you had 10 years earlier. That is the philosophy that is driving my thinking in this matter.

Mr. Lozon’s description of Ontario is absolutely correct. Most of the very experienced people are outside the Ministry of Health, and I do not think this is unique to Ontario. If you look across the country, you see that there are extremely well paid professionals in the health care system. That level of pay is not reflected in the public service. Over the years, you encourage people to leave the public service to participate in other aspects of the system.

As far as I am concerned, that is unfortunate. Establishing a new administration would create an opportunity to correct some of these mistakes and develop a more coordinated approach.

Mr. Lozon referred to the former Health Services Restructuring Commission. It attracted some good people. It took a comprehensive view, because it was new and at arm’s length. The problem was, and still is, that the ministry has not been geared to taking a comprehensive view because of its many sub-departments. While the people are high-quality, hard workers, there is no one pressure that pulls them together into a coordinated team to address the broad, interconnected aspects of health policy. For that reason, a strong case can be made that an arm’s-length authority would make a great deal of sense in the current situation.

I will quickly deal with the other questions that Senator Robertson raised. I also believe there is no silver bullet as it relates to the public/private debate. To me, the only issue is to ensure that we do not close the door purely for philosophical reasons. I suspect that in many cases, the private option will be more

en règle générale, j’estime que la dépolitisation de l’administration au jour le jour du système est cruciale. Il existe pour ce faire quelques approches, même si personne n’a encore établi l’équilibre qui convient. Vous pourrez peut-être réaliser certaines percées dans ce domaine à l’aide de vos recommandations.

M. Scott: Sur ce, je renonce à la possibilité de revendiquer un jour le titre de «roi philosophe».

Je suis d’accord avec les commentaires de M. Lozon, malgré ce que j’ai dit au début, à condition qu’on établisse clairement que la politique demeure du ressort du ministère. Au niveau provincial, nous nous tirerions nettement mieux d’affaire, et je suis bien sûr lourdement influencé par l’Ontario. Je pense qu’il en résulterait un bien meilleur fonctionnement à moyen terme et peut-être à plus long terme, dans un horizon de dix ans.

Voilà où je mets aux rebuts tous mes énoncés de grandes notions philosophiques. Si j’agis de la sorte, c’est parce que je ne crois pas à l’existence d’une panacée qui permet de régler la plupart de ces problèmes. L’une des solutions qui s’offrent à nous pour réparer un gâchis consiste à mettre au point une nouvelle structure. Cette structure, dans dix ans, sera peut-être elle-même un gâchis: on en reviendra alors à la structure en vigueur dix ans auparavant. C’est la philosophie qui motive ma réflexion à ce sujet.

La description faite de l’Ontario par M. Lozon est absolument juste. La plupart des personnes d’expérience se trouvent à l’extérieur du ministère de la Santé, et je ne crois pas que cette situation soit propre à l’Ontario. Examinez ce qui se passe partout au pays, et vous allez constater que le système de soins de santé compte des professionnels extrêmement bien rémunérés. On ne retrouve pas un niveau de rémunération comparable dans la fonction publique. Au fil des ans, on incite les intéressés à quitter la fonction publique pour aller travailler dans d’autres secteurs du système.

En ce qui me concerne, cette situation est malheureuse. La création d’une nouvelle administration permettrait de corriger certaines de ces erreurs et de mettre au point une approche mieux concertée.

M. Lozon a fait allusion à l’ancienne Commission de restructuration des services de santé. Elle a attiré certains intervenants valables. Nouvelle et autonome, l’organisation a adopté un point de vue exhaustif. Le problème a été et demeure que le ministère, en raison de ses nombreuses subdivisions, n’a pu adopter lui aussi un point de vue exhaustif. Même si le ministère mise sur des employés de qualité qui ne ménagent pas leurs efforts, rien n’oblige ces derniers à se regrouper au sein d’équipes concertées afin de s’attaquer à des aspects généraux et interreliés à la politique de la santé. Pour cette raison, il est tout à fait permis de penser qu’un organisme autonome se justifierait pleinement dans le contexte actuel.

Je vais maintenant répondre brièvement aux autres questions posées par le sénateur Robertson. Je suis moi aussi convaincu qu’il n’y a pas de réponse miracle au débat entre le public et le privé. Tout ce qui compte, à mes yeux, c’est de ne pas fermer la porte uniquement pour des motifs philosophiques. Dans de

relevant in the large centres and not at all relevant in the small centres. However, I do not want to prejudge. Rather, I want to keep that door open, so we can look at how a public system can ensure that every aspect is handled as efficiently as possible and that the money is spent as directly as possible on patient care.

As for patients' families, the real crisis is in the chronic care of patients with acute episodes of illness, of which cancer is probably the most common. Some useful experiments are underway in a number of the cancer centres in Ontario at the moment whereby the patient is assigned a dedicated nurse. That nurse is available to the patient and to the family, on a 24-hour basis, to provide options, advice, et cetera. However, the system is far from where it should be, and there is no question that we need to make a major investment in this area. A very sick patient with an unclear view of the treatment options can create other sick people in the same family because of the pressures. This issue needs to be addressed.

The Chairman: That intrigues me. Is there anyone who can talk to us about how that system could work? I am intrigued by the notion of a nurse dedicated to a particular patient on a 24-hour basis. Could you suggest the name of someone who could appear before the committee to tell us how that experiment is progressing?

Mr. Davis: We can give you some evidence on it, but it is still early. The best non-empirical evidence is the reaction of patients and their families when it works.

The Chairman: That is good evidence.

Senator Robertson: Mr. Scott, as we know, when an illness strikes a family, it is usually the female who takes on most of the work. She may often have been the second earner before the illness, especially in low-income and medium-income families.

Once the patient was professionally diagnosed, perhaps a federal program could help that person stay in the home. Would a small stipend help to compensate for the needed help that could allow the patient to remain at home for longer? That could make it possible for the family to be more involved with either the mother or another family member staying at home. A small stipend could provide some relief to such a family. Is there any possibility of that, rather than just bringing in a designated nurse who would still have to call to keep the family involved? It seems to me that would be an opportunity for real savings, but not at the expense of the health of the patient.

Dr. Vertesi: One of the fascinating things about health care is that it is almost impossible to stay on topic, because if you talk about one part, inevitably you will wind up somewhere else. That

nombreux cas, me semble-t-il, le recours au privé sera plus pertinent dans les grands centres; il ne le sera pas du tout dans les petits centres. Cependant, je ne veux pas porter de jugement hâtif. Je préfère garder la porte ouverte: nous pouvons ainsi étudier comment assurer la plus grande efficacité possible dans un système public et faire en sorte que l'argent soit dépensé le plus directement possible pour les soins aux patients.

Quant aux familles des patients, c'est dans les soins aux malades chroniques aux prises avec des épisodes aigus que les véritables crises arrivent. Les plus fréquentes ont sans doute trait au cancer. Dans un certain nombre de centres de cancérologie de l'Ontario, certaines expériences utiles sont actuellement en cours. En fait, on confie le soin d'un patient à une infirmière. Cette dernière est à la disposition du patient et de sa famille, 24 heures par jour, que ce soit pour leur fournir des options, des conseils ou le reste. Cependant, le système est loin d'être parfait, et il ne fait aucun doute qu'on devra consentir des investissements majeurs dans ce domaine. Un patient très malade n'ayant pas une idée claire des possibilités de traitement qui s'offrent à lui peut, à cause des pressions, faire de nouveaux malades dans sa famille. On doit s'attaquer à ce problème.

Le président: Vos propos m'intriguent. Quelqu'un peut-il nous dire comment un tel système fonctionnerait? L'idée d'une infirmière à la disposition d'un patient 24 heures par jour pique ma curiosité. Pourriez-vous suggérer le nom d'une personne que nous pourrions inviter à comparaître devant le comité pour rendre compte de l'état d'avancement de l'expérience?

M. Davis: Je peux vous fournir certains renseignements à ce sujet, mais nous en sommes toujours aux premiers balbutiements. Lorsque tout fonctionne, c'est la réaction des patients et les membres de leur famille qui fournit les meilleures données non empiriques.

Le président: Ce sont de bonnes données.

Le sénateur Robertson: Monsieur Scott, comme vous le savez, ce sont habituellement les femmes qui, lorsqu'une famille est frappée par la maladie, assument le gros des responsabilités. Avant la maladie, ce sont souvent les femmes qui agissaient comme deuxième pourvoyeur, en particulier dans les familles à faible revenu et à revenu moyen.

Une fois que le patient a fait l'objet d'un diagnostic professionnel, peut-être un programme fédéral pourrait-il aider cette personne à rester à la maison. Un petit dédommagement permettrait-il d'assumer les coûts des services d'aide dont le patient a besoin pour rester à la maison pendant plus longtemps? Ainsi, la famille pourrait jouer un rôle plus poussé, la mère ou un autre membre de la famille restant à la maison. Un petit dédommagement pourrait procurer un certain soulagement à une telle famille. Est-ce une possibilité qu'on pourrait envisager au lieu de faire intervenir une infirmière qui devrait malgré tout s'efforcer de préserver la participation de la famille? Il me semble qu'une telle mesure constituerait une excellente occasion d'économie, mais pas au détriment de la santé du patient.

Le Dr Vertesi: L'un des aspects fascinants du débat sur les soins de santé, c'est qu'il est presque impossible de digresser parce que, discutant d'une partie, on se retrouve inévitablement dans une

is natural, as these things are interrelated. It is like a chain of dominoes; if you push at one part, the effect will be felt elsewhere. This particular topic of why we are not operating at arm's length is an excellent example of that.

What Mr. Davis was saying about the role of government as the evaluator, designer and maintainer of overall objectives is correct. No one would disagree with that. Yet, there is an inherent conflict of interest in being the auditor and acting as a public advocate while managing the system itself.

Why does the obvious not happen? Why do governments not move to an arm's-length relationship, concentrate on what they are really set up to do and let the management be handled by someone with the expertise to do it? It is a great mystery.

I will suggest a reason, and it is my own theory. The present funding model for acute care is so labour intensive and requires much government management, because otherwise, the lid seems to want to come off. The government is sucked into micromanaging these affairs and cannot get out of it.

Why is that the case? It is largely because we are using an archaic funding model. I suggest that the global funding mechanisms that all of us use do not work, and that they are highly bureaucratically intensive. They are historically pegged, so change is almost impossible because you are looking at what happened last year. They cannot accommodate changes in population or management style.

This is a mouthful for governments to swallow. To move away from global budgets to a more service-based system will be a leap of faith because global budgets are designed to control costs.

What is the problem? Global budgets are effective in controlling costs only on a short-term basis. On a long-term basis, they lay the groundwork for many other problems. In fact, they are now consuming more money than ever.

However, in the short term, as soon as you abandon global budgeting, there will be an increase in utilization and cost. It is this short-term spectre of rising costs and the uncertainty about control that keep government in the micromanagement field, instead of in management, where they should be. We will have to get our heads around this. There are ways to control costs outside the global budget system, but they are not tested and governments are afraid to make that leap.

Dr. Kenny: I would like to return to Senator Robertson's comments about the family and incentives for their involvement, and the appropriate balance between family caregivers and professional caregivers.

autre. C'est naturel, puisque toutes ces questions sont interreliées. Un peu comme une chaîne de dominos: il suffit de toucher une pièce pour que l'effet se fasse sentir ailleurs. La question de savoir pourquoi nous ne fonctionnons pas de façon autonome en est une excellente illustration.

Ce que dit M. Davis au sujet du rôle du gouvernement en tant qu'évaluateur, concepteur et gardien des objectifs généraux est juste. Nul ne peut en disconvenir. Pourtant, le fait d'agir comme vérificateur et défenseur des intérêts du public tout en administrant le système lui-même constitue en soi un conflit d'intérêts.

Pourquoi ne mettons pas en application la solution qui s'impose d'elle-même? Pourquoi le gouvernement ne s'orientet-il pas vers des relations fondées sur l'autonomie en se concentrant sur s'il est vraiment en mesure de le faire et en laissant à des spécialistes le soin d'assurer l'administration? C'est un grand mystère.

Je vais avancer une raison, qui s'appuie sur une théorie personnelle. Le modèle de financement actuel se caractérise par des exigences élevées en ce qui concerne la main-d'œuvre et l'administration gouvernementale puisque, dans le cas contraire, le couvercle risquerait de sauter. Le gouvernement est aspiré par la microgestion des activités et ne semble pas en mesure de se dépêtrer.

Pourquoi? Parce que nous avons recours à un modèle de financement archaïque. À mon avis, les mécanismes de financement global que nous utilisons tous ne fonctionnent pas en plus d'être lourdement bureaucratiques. Ils sont ancrés dans la tradition. Il est donc pratiquement impossible d'apporter des changements parce qu'on se fie invariablement à ce qui est arrivé l'année d'avant. Ces modèles ne se prêtent ni aux fluctuations démographiques, ni à l'adoption de nouveaux styles de gestion.

Pour les gouvernements, la marche est haute. Passer des budgets globaux à un système davantage axé sur les services exigera un acte de foi parce que les budgets globaux sont conçus pour permettre le contrôle des coûts.

Quel est donc le problème? Les budgets globaux ne permettent de contrôler les coûts qu'à court terme. À long terme, ils jettent les bases de nombreux autres problèmes. En fait, ils consomment plus d'argent que jamais.

Cependant, à court terme, dès qu'on renoncera à l'octroi d'enveloppes globales, on assistera à une augmentation de l'utilisation et des coûts. C'est la perspective à court terme d'une montée des coûts et l'incertitude entourant le contrôle qui font que le gouvernement se cantonne dans la microgestion, et non dans la gestion, domaine qu'il devrait pourtant occuper. Nous allons devoir réfléchir à cette question. Il y a d'autres moyens de contrôler les coûts que le système des budgets globaux, mais on n'en fait pas l'essai, et les gouvernements hésitent à faire le saut.

La Dre Kenny: J'aimerais revenir aux commentaires du sénateur Robertson sur la famille et les moyens de l'inciter à participer de même que sur l'équilibre adéquat entre les soignants familiaux et les soignants professionnels.

Although, on this discussion about arm's-length control, I would like to say, after 10 years' experience of trying to help the Province of Nova Scotia as a deputy minister, you must indeed depoliticize it. This is not a criticism of politicians. I learned how difficult it is to be a morally good politician, because you are pulled at from every extreme position all the time. Good policy requires some kind of decision making in the middle ground.

I would like to return to the issues of incentive, support, family balance and questions about things such as the cancer model, which are back on the table.

If you look at the ethics literature dealing with health reform and negative consequences, generally in the English-speaking world, there is no question that health systems reform seems to have disproportionately increased the burden on women caregivers at home.

Any of us around the table involved in discussions in the last decade about provincial health reform know that one of the difficulties is that we tried both to contain costs and reform the system at the same time. Because we did not have the money to carry out reforms at the same time as we dealt with the fiscal crisis, we downsized faster and dumped patients onto home care when we had no support for the caregivers.

There is an extensive literature of ethical reflection around the question of what we have done to help the public understand these issues when we have placed burdens on them that create both fear and anger, as they seem to have been given tasks with which they thought someone else was dealing.

This "dumping" that people perceive, when matched with the closure of small hospitals and their social meaning, has been a powerful force in the resistance of the public to seeing new things as possibly leading to improvements.

Your group should be able to say something very important about how we can rediscover the balance between familial and community caregivers and professional care givers, particularly given the consequences of hospitalization. How can we find a better balance between home care that is a follow-up to acute care and long-term care? People seem to think it is either/or; in fact, it is the two together.

Incentives would be appropriate in that area, even tax incentives, which I worry about in other areas. It seems we have no mechanism for family members, particularly women, to receive some kind of recompense for what becomes a significant emotional and financial burden.

Avant, au sujet de la question de l'autonomie, j'aimerais dire que je suis d'avis, après avoir tenté pendant dix ans de venir en aide à la province de la Nouvelle-Écosse à titre de sous-ministre, qu'il faut dépolitiser les soins de santé. Il ne s'agit pas d'une critique des politiciens. J'ai constaté jusqu'à quel point il est difficile d'être un bon politicien sur le plan moral parce qu'on est à tout moment tiraillé par des positions extrêmes. La bonne politique exige une certaine forme de prise de décisions quelque part au centre.

J'aimerais revenir à la question des incitatifs, du soutien, de l'équilibre familial et de problèmes comme le modèle de traitement du cancer, autant d'enjeux qui sont sur la table.

À l'examen des travaux éthiques portant sur la réforme de la santé et ses conséquences négatives émanant du monde anglo-saxon en général, on constate qu'il ne fait aucun doute que la réforme des systèmes de santé a eu un effet disproportionné sur les soignantes à la maison, dont le fardeau s'est alourdi.

Ceux d'entre nous qui avons été mêlés au débat sur la réforme provinciale de la santé qui a marqué la dernière décennie savent que l'une des difficultés vient du fait que nous avons tenté de contenir les coûts et de réformer le système en même temps. Faute de moyens suffisants pour mener les réformes à bien tout en faisant face à la crise budgétaire, nous avons accéléré la rationalisation et abandonné les patients aux soins à domicile, sans avoir au préalable prévu des mesures de soutien pour les soignantes.

On trouve dans la documentation de nombreuses réflexions éthiques sur ce que nous avons fait pour aider les citoyens à comprendre ces enjeux au moment où nous leur avons refilé un fardeau qui a suscité en eux de la peur et de la colère. En fait, ils ont eu l'impression qu'on se déchargeait sur eux de responsabilités qu'ils croyaient relever de quelqu'un d'autre.

Ce «délestage» perçu, conjugué à la fermeture des petits hôpitaux, avec tout ce qu'ils représentaient sur le plan social, a eu un effet considérable sur la réticence des gens à comprendre que ces changements se traduiraient peut-être un jour par des améliorations.

Votre groupe devrait être en mesure de faire des déclarations très importantes au sujet de la redécouverte possible de l'équilibre entre les soignants familiaux et communautaires, d'une part, et les soignants professionnels, d'autre part, particulièrement au vu des conséquences de l'hospitalisation. Comment établir un meilleur équilibre entre les soins à domicile et qui font suite aux soins actifs et des soins de longue durée? On semble croire que c'est tout l'un ou tout l'autre. En fait, les deux vont de pair.

Dans ce domaine, des incitatifs seraient acceptables, même les incitatifs fiscaux, lesquels me préoccupent dans d'autres circonstances. Apparemment, il n'existe aucun mécanisme permettant aux membres des familles, en particulier les femmes, de recevoir une certaine forme de dédommagement en contrepartie du lourd fardeau émotif et financier qu'ils assument.

The country has six centres of excellence in women's health. They published a report in the last year about the effects of privatization and health reform across the country on women and families.

I recommend it to you because it is important. It contains a number of examples of places where different things have been done to support the burden on the home of accepting different kinds of care, or where small projects such as the assignment of an individual nurse as a contact person has been tried. I absolutely agree that chronic illness, with acute exacerbations, is the real burden. Families, communities and parish groups are trying to offer long-term support, but with acute exacerbations that are very worrisome.

There is some evidence out there, and I would tell the Senate that this is an issue that I see as having been lost in many other areas.

If you people could bring this to the table, this is the kind of involvement of families, community and professionals that maybe will help us restore the balance. It is a major issue.

Senator Pépin: I agree with you on the issue of health care and women. The committee will have a special session on women and health care.

The Chairman: Senator Keon, in addition to being a member of the Senate, is also the Chief Executive Officer of the Ottawa Heart Institute.

Senator Keon: I would like to focus on several areas, in order to pick a couple of low-hanging fruits. I would like to point to a couple of areas where we might be able to make a real difference. I would very much like to have the comments of you all.

I will preface my questions with a few remarks. The two areas I will ask you to address are, first, a new generation of health professionals — and I emphasize a “new generation” of health professionals — and, second, the health ecosystem, which Mr. Lozon alluded to, and with which all of us have been involved for most of our lives.

I became convinced about 10 years ago that we cannot solve the problems in these two areas without regional health authorities. Also, we cannot have a single model of regional health authority in a province or in the country if we are to solve the problems.

Let us address the new generation of health professionals. You will all recall that a number of years ago, the federal government made a huge investment in the medical schools with so-called “health resources money.” I will never forget that, because I came back from America on that money, which built the Ottawa Heart Institute.

Notre pays compte six centres d'excellence sur la santé des femmes. L'année dernière, ils ont publié un rapport sur les effets de la privatisation et de la réforme de la santé sur les femmes et les familles, partout au pays.

Je vous en recommande la lecture parce qu'il s'agit d'un document important. On y retrouve un certain nombre d'exemples d'endroits où on a fait les choses différemment pour alléger le fardeau assumé par les familles, notamment l'acceptation de types de soins différents. On a également des projets à petite échelle, par exemple l'affectation d'une infirmière désignée comme personne-ressource. Je suis tout à fait d'accord pour dire que la maladie chronique et les crises qu'elle suppose constituent le véritable fardeau. Les familles, les collectivités et les groupes paroissiaux tentent d'offrir un soutien à long terme, sauf en ce qui concerne les crises les plus préoccupantes.

Des données existent, et j'affirme au Sénat qu'il s'agit d'une question qu'on a perdue de vue dans bon nombre d'autres domaines.

La participation des familles, des collectivités et des professionnels, à condition qu'on remette la question sur la table, pourra peut-être contribuer à rétablir l'équilibre. Il s'agit d'un enjeu majeur.

Le sénateur Pépin: Je suis d'accord avec vous sur la question des soins de santé et des femmes. Le comité consacrera une séance spéciale à cette question.

Le président: Le sénateur Keon, en plus de siéger au Sénat, est directeur général de l'Institut de cardiologie d'Ottawa.

Le sénateur Keon: Choissant la solution de facilité, je vais m'intéresser à quelques questions. J'aimerais souligner deux ou trois domaines dans lesquels nous pourrions peut-être faire bouger les choses. J'aimerais beaucoup vous entendre tous à ce sujet.

Avant de poser mes questions, je vais formuler quelques remarques. Les deux domaines que je vous invite à aborder sont, premièrement, une nouvelle génération de professionnels de la santé — et j'insiste sur l'expression «nouvelle génération» de professionnels de la santé — et, deuxièmement l'écosystème de la santé, auquel M. Lozon a fait allusion, et dans lequel nous avons tous travaillé pendant la majeure partie de notre vie.

Il y a une dizaine d'années, j'ai acquis la conviction que nous ne pourrions pas régler les problèmes qui se posent dans ces deux domaines sans le concours des régies régionales de la santé. Pour régler les problèmes, nous ne pourrions pas non plus adopter un modèle unique de régie régionale de la santé, ni dans les provinces ni au pays.

Parlons d'abord de la nouvelle génération de professionnels de la santé. Vous vous rappellerez qu'il y a quelques années, le gouvernement fédéral a consenti un investissement énorme dans les écoles de médecine, ce qu'on a appelé les «caisses d'aide à la santé». Je ne l'oublierai jamais parce que je suis rentré des États-Unis grâce à cet argent, qui a servi à bâtir l'Institut de cardiologie d'Ottawa.

This really solved many problems at that time. It was a tremendous initiative and it allowed all of the medical schools across the country to grow and develop. It allowed places such as McMaster to grow from nothing. It could never have happened if that money had not come along.

We are now in a situation where we say we are short of doctors, nurses and technicians in this country. Every discipline that has come before us has emphasized its manpower needs. I believe there is a bigger problem. I think we have too many doctors doing what nurses should be doing. We have too many nurses doing what nursing assistants should be doing. We have too many technicians doing what clerks and administrators should be doing. There is a lack of proper integration and understanding between management, administration and delivery of services.

That is why, even though I believe there is room here now for a huge national — and I will emphasize “national” — federally funded initiative, we have to look at the regions and ask, “What do we need in this region to deliver primary care, to deliver institutional care, to deliver hospital care, to deliver convalescent care, to deliver home care, to deliver chronic care, and to deliver hospice care?” Then we have to make the investment and try to provide the appropriate personnel.

I would like to hear all of your comments on this, whether you think this is reasonable or unreasonable, and how it could be done.

Mr. Scott: I will live dangerously and start off. You talk about a new generation of health professionals, and that does provide an opportunity for us. Today’s health professional is more inclined to engage in teamwork and to take a fresh look. On the other hand, that is probably true of all new generations, but if we allow them to be influenced too much by the generation before them, we will not realize those potential opportunities.

As deputy minister in 1982, I launched a review of health professions in Ontario. We set this up with the obvious intention of expanding the number of health professional groups so that we did not have second-class professionals and first-class professionals. It seemed like a wonderful idea at the time.

It took 10 years to complete the review because of the intense lobbying that went on among the various groups as to whether they were going to be given a professional designation and their own legislation.

I only raise this to show that we have a monster out there. We have a very well-funded, well-organized and powerful monster in the form of each of these health professional organizations.

À l’époque, ces sommes ont réglé de nombreux problèmes. Cette remarquable initiative a permis à toutes les écoles de médecine du pays de croître et de se perfectionner. Les endroits comme McMaster ont pu s’élever à partir de rien. Sans ces sommes, rien de tout cela n’aurait été possible.

Au pays, nous faisons aujourd’hui face à une pénurie de médecins, d’infirmières et de techniciens. Les représentants de toutes les disciplines que nous avons entendus ont fait état des besoins en main-d’œuvre. Je crois que nous faisons face à un problème plus grave. Je pense que trop de médecins effectuent des tâches dont des infirmières devraient se charger. Trop d’infirmières effectuent des tâches dont des infirmières auxiliaires devaient se charger. Trop de techniciens effectuent des tâches dont des commis et des administrateurs devraient se charger. L’intégration et la compréhension entre la gestion, l’administration et la prestation de services sont déficientes.

Voilà pourquoi, même si je suis convaincu qu’il y a place à une gigantesque initiative nationale — et j’insiste sur le mot «national» — financée par le gouvernement fédéral, nous devons nous tourner vers les régions et leur demander: «De quoi avez-vous besoin pour assurer la prestation des soins primaires, les soins en établissement, les soins hospitaliers, les soins aux convalescents, les soins à domicile, les soins aux malades chroniques et les soins palliatifs?» Nous devons ensuite consentir l’investissement nécessaire et tenter de recruter la main-d’œuvre pertinente.

J’aimerais tous vous entendre à ce sujet. J’aimerais savoir si vous pensez que c’est raisonnable ou déraisonnable. Si la proposition est sensée, comment pourrait-on procéder?

M. Scott: Je vais vivre dangereusement et briser la glace. Vous faites allusion à une nouvelle génération de professionnels de la santé, et il s’agit pour nous d’un aspect prometteur. Les professionnels de la santé d’aujourd’hui sont plus enclins à travailler en équipe et à adopter une approche nouvelle. Par ailleurs, on peut probablement en dire autant de toutes les nouvelles générations. Si nous laissons à la génération précédente la possibilité d’exercer sur ces nouveaux professionnels une influence trop grande, nous ne concrétiserons pas toutes ces possibilités.

À titre de sous-ministre, j’ai, en 1982, lancé un examen des professions de la santé en Ontario. Nous avons agi de la sorte dans l’intention manifeste d’accroître le nombre de groupes de professionnels de la santé, pour éviter de créer des catégories de professionnels de première et de deuxième classes. À l’époque, l’idée semblait excellente.

Il a fallu dix ans pour mener à bien l’examen à cause des pressions intenses exercées par les divers groupes, qui tenaient à obtenir une désignation professionnelle et un texte de loi habilitant.

Si je soulève cette question, c’est uniquement pour montrer que nous sommes confrontés à un monstre. Un monstre très bien financé, bien organisé et puissant caché sous les traits des organisations qui représentent les professionnels de la santé.

Senator Keon, you are right on target when you make reference to the problems. We are misusing people because of the incentives built around those health professions. It is interesting to see what happens in practical terms, how quickly those barriers break down when it makes financial sense.

Some years ago, when I was conducting the study in Northern Ontario on the use of emergencies, the doctors who were working together in groups, sharing funding and responsibility, were not only the happiest, they also wanted to know why we were not bringing in and training more nurse practitioners. They felt that specialty trained nurse practitioners — and I remember psychiatric skills was one area of interest in particular — could really supplement family practice in these rural and sometimes remote communities. Their enthusiasm was enormous.

You then go to another community, equally remote and equally rural, built around a small hospital where the doctors were not working together, and they talked about the threat of nurse practitioners, that if they were allowed, it would drive the family practitioners away.

In fact, depending on how they were funded, they were absolutely correct. Many of the existing fee schedules encourage doctors to “dumb down” their skills and, therefore, because they tend to be at the top of the professional food chain, others further down the system dumb down their skills.

When we talk about what kind of coverage we ought to have, about efficiency, about having time to talk to patients, if we want to help patients be better focused and help them with their problems, then we have to do something about the artificial protections that are in place. That is the kind of change I was referring to earlier. It is perfectly logical and there are ways to do it, but it is scary if you have been making your living on the margins of one of those protected areas.

The Chairman: I will ask a follow-up question. Is a change in legislation or regulations related to scope of practice required?

In other words, I understand it would be desirable to negotiate a solution to that problem. If a negotiated solution is not possible, how can it be done by force? “Force” may be a strong word. How can you do it other than through a negotiated solution?

Mr. Scott: The only way to do it independently of a negotiated solution is through legislation. Certainly in Ontario, and I think in a number of other provinces, the legislation exists.

The Chairman: You are referring to scope of practice legislation?

Mr. Scott: Scope of practice is included within the legislation.

The Chairman: Then that is the piece you have to change.

Sénateur Keon, vous avez mis dans le mille en présentant les problèmes auxquels nous faisons face. Nous n'utilisons pas nos ressources humaines à bon escient à cause des incitatifs inhérents aux professions de la santé. Sur le plan pratique, il est intéressant de constater ce qui se passe, avec quelle rapidité les obstacles tombent dès lors que l'intérêt financier le justifie.

Il y a quelques années, à l'époque où je menais une étude dans le nord de l'Ontario sur l'utilisation des salles d'urgence, les médecins qui travaillaient en groupes, en partageant le financement et les responsabilités étaient non seulement les plus satisfaits, mais ils voulaient savoir pourquoi nous ne formions pas davantage d'infirmières praticiennes. Ils étaient d'avis que des infirmières praticiennes spécialisées — je me souviens que les compétences en psychiatrie étaient l'un des domaines d'intérêt particuliers — auraient vraiment pu constituer un appoint à la pratique de la médecine familiale dans ces collectivités rurales et parfois éloignées. Ils étaient extrêmement enthousiastes.

Après, dans une autre collectivité tout aussi rurale et éloignée, centrée autour d'un petit hôpital où les médecins travaillaient chacun pour soi, on n'entendait parler que de la menace que représentaient les infirmières praticiennes qui, si on leur faisait une place, chasseraient les médecins de famille.

En fait, selon le mode de financement, on avait raison de part et d'autre. Bon nombre des barèmes d'honoraires incitent les médecins à sous-exploiter leurs compétences. Parce qu'ils occupent le haut de la chaîne alimentaire des professionnels, ceux qui les suivent sous-exploitent à leur tour leurs compétences.

On aura beau parler du genre de protection que nous souhaitons offrir, de l'efficacité, de l'obligation que les médecins ont de parler aux patients, d'aider les patients à être mieux «ciblés» et de les aider à régler leurs problèmes — on devra s'attaquer au problème des protections artificielles en place. Voilà le genre de changement auquel je faisais référence plus tôt. C'est parfaitement logique et il y a des moyens de le faire, mais, si vous gagnez votre vie dans les marges d'une de ces zones protégées, la perspective est effrayante.

Le président: Je vais poser une question de suivi. Faudrait-il modifier les dispositions législatives ou les règlements concernant les champs d'activité?

Pour dire les choses autrement, je conçois qu'il est souhaitable de parvenir à une solution négociée du problème. Si on est incapable de trouver une solution négociée, comment pourrait-on agir par la force? Le mot «force» va peut-être un peu trop loin. Y a-t-il d'autres possibilités qu'une solution négociée?

M. Scott: À défaut d'une solution négociée, la seule possibilité est de recourir à un texte de loi. En Ontario, et dans un certain nombre d'autres provinces, je crois, de telles dispositions législatives existent.

Le président: Vous faire référence aux dispositions législatives sur les champs d'activité?

M. Scott: Les champs d'activité font partie des dispositions législatives.

Le président: C'est donc un aspect qu'il faut modifier.

Mr. Scott: That is what you have to change, so perhaps an emphasis on the need for a re-examination of this, with the eventual threat of forced legislation, will persuade the parties to come to the table.

The Chairman: I ask because one of our principles deals explicitly with the need to change scope of practice.

Mr. Scott: It is intensely provincial, and it would be very hard to deal with on a purely national conference type basis.

Mr. Davis: On this huge issue, the senator is correct in what is implied by his question. One of the intriguing things about the Canadian health care system, the publicly funded system and the view that it is centrally managed, is that physicians are not centrally managed. They are largely individual players, and many of them form professional corporations and bill the government independently for their services. A large part of the system is outside what you would call the “publicly managed” portion.

The new health care workers want to be competitively remunerated in the context of the North American economy. Even though we do not want a market-based system, our manpower or “person power” wants to be paid at market rates within the North American economy. The large health care unions have driven much of the cost escalation in health care in the last few years. I would not exclude the provincial medical associations from that description — even though they are not comfortable with it — in driving governments to compensate them at as close to the North American market rate as possible. Most of the large health care unions have gotten into major standoffs with governments across the country over the last few years on quality of care issues, but also on compensation issues. Settlements are always something of a give-and-take process, and some of the politics involved in those settlements has not necessarily been in the best interests of productivity and patient care.

This is more than changing legislation, because we have changed legislation in Alberta. We have a lot of flexibility in the scope of practice legislation. There are many models throughout North America. I just had a look at the physician assistant model in Arizona the other day, and it is very interesting. These large unions and associations have a very strong role in influencing health care policy, and this will take more than a change in legislation. This will take a realignment of some incentives, a major reinvestment of money, some good thinking about what is the appropriate model, and a good deal of fortitude in moving towards it. If we are going to have a system that is publicly funded and managed in an integrated way on the scale we want, this issue will have to be dealt with or we are just fooling ourselves.

M. Scott: C’est l’aspect qu’il faut modifier. En mettant l’accent sur la nécessité de revenir sur ces questions et en brandissant la menace de dispositions législatives forcées, on réussira peut-être à convaincre les parties de s’asseoir à la table.

Le président: Si je pose la question, c’est parce que l’un de nos principes porte expressément sur la nécessité de modifier les champs d’activité.

M. Scott: C’est purement provincial, il serait très difficile d’aborder cette question sur la foi d’une conférence purement nationale.

M. Davis: À propos de ce vaste problème, le sénateur a clairement exposé les implications. L’un des aspects intrigants du système de soins de santé au Canada, du système public et de son administration centralisée, c’est que la gestion des médecins n’est pas elle-même centralisée. Pour l’essentiel, ils agissent à titre individuel, et bon nombre d’entre eux constituent des associations professionnelles et facturent leurs services au gouvernement de façon indépendante. Une bonne part du système échappe à ce qu’on appelle le volet public.

Les nouveaux travailleurs de la santé exigent une rémunération concurrentielle dans le contexte de l’économie nord-américaine. Même si nous ne souhaitons pas un système de marché, notre main-d’œuvre tient à être rémunérée au taux du marché nord-américain. Les grandes associations qui représentent les professionnels de la santé sont responsables d’une bonne part de l’escalade des coûts des soins de santé observée au cours des dernières années. Je mettrais les associations médicales provinciales dans le même bateau — même si elles ne sont pas à l’aise à cette idée —, en ce sens qu’elles ont incité les gouvernements à les rémunérer au taux du marché nord-américain, dans toute la mesure du possible. Au cours des dernières années, la plupart des grandes associations représentant des professionnels de la santé ont eu des affrontements majeurs avec les gouvernements du pays sur la question de la qualité des soins, mais aussi sur celle de la rémunération. Les règlements sont toujours une affaire de compromis, et certaines des considérations politiques qui ont présidé à ces règlements n’ont pas nécessairement été dans l’intérêt de la productivité ni dans celui des soins aux patients.

Il ne s’agit pas que de modifier les textes de loi parce que nous l’avons fait en Alberta. En ce qui concerne les dispositions législatives relatives aux champs d’activité, nous bénéficions d’une grande marge de manœuvre. Il existe de nombreux modèles partout en Amérique du Nord. Je viens tout juste de jeter un coup d’œil au modèle des auxiliaires médicaux de l’Arizona, qui me paraît très intéressant. Les grands syndicats et les grandes associations exercent une très grande influence sur la politique des soins de santé, et il faudra plus que de simples modifications législatives. Il faudra réaligner certains incitatifs, réinvestir des sommes considérables, bien réfléchir au modèle qui convient et faire preuve de beaucoup de détermination tout au long du chemin. Pour bénéficier d’un système financé publiquement et administré de façon intégrée à l’échelle où nous le voulons, nous allons devoir nous attaquer à ce problème. Sinon, nous nous faisons des illusions.

Frankly, in terms of micro-management of the system, government takes second place to the large unions and professional associations that are exerting tremendous management control every day, sometimes for the right reasons, sometimes not.

The Chairman: The committee is concerned that if we, as we have said we will, end up recommending a specific means of raising additional money for the health care system, we would like to see it used to improve technology, to get the electronic patient record going, to do a variety of things that are of help to patients, and not simply swallowed up by changed fee schedules or contracts.

Mr. Davis: If we do move on some these initiatives, and we need to, they have to be financed and managed in a slightly different way from the global operating budgets of the regions and hospital systems.

Dr. Kenny: I was happy to hear Senator Keon say what he said. I am not happy it has to be said, but I am very glad that another very senior colleague in medicine is saying it. When I was making my initial remarks and applauding the focus that you folks have put on reform of primary care, I said, do not underestimate how difficult it is. While Dr. Keon was talking about the entire system in miniature, the issues we are dealing with in truly reforming primary care, not just primary physician practice, are the same.

I have three observations, because I have been researching the history of Canadian medicare and trying to write something on this.

The first is a very interesting historical observation, which really only struck me when I spent time studying the development of the system. Tommy Douglas was elected in Saskatchewan in 1944, the year I was born. I have markers for 1944, 1964 and 1984. God only knows what will happen in 2004, but the way that Canadian medicare moves forward is interesting.

If you look back to the beginning of the last century, you discover that organized medicine has not championed universal health care. There are only two periods in Canadian history when organized medicine — I do not mean individual doctors, but medicine speaking through the Canadian Medical Association or provincial associations — looked kindly on that development. They were both periods when doctors were at a disadvantage in terms of earnings. Of course, the Depression was the first occasion.

It has struck me as a profoundly serious issue for myself and my colleagues in medicine that in actual fact, the key players in getting patients into the system, discussing with them and their loved ones what is appropriate care and helping them make choices really seem to have had this historical reluctance. This is not unique to Canada. This is a generic physician issue. The folks

Franchement, en ce qui concerne la microgestion du système, les gouvernements se font damer le pion par les grands syndicats et les associations professionnelles qui, jour après jour, exercent un formidable contrôle sur la gestion, dans certains cas pour les bonnes raisons, dans d'autres non.

Le président: Si, comme nous en avons l'intention, nous recommandons des moyens précis de recueillir des fonds additionnels pour le système de soins de santé, nous voudrions que les sommes en question servent au perfectionnement de la technologie, à l'établissement du dossier médical électronique et à diverses autres mesures utiles pour les patients. Ce que nous craignons, c'est que les capitaux soient simplement engloutis dans les modifications des conventions collectives ou des barèmes d'honoraires.

M. Davis: Si nous n'allons pas de l'avant avec certains de ces projets — et nous devons le faire —, il faut les financer et les gérer d'une manière un peu différente de ce qui se fait dans le cas des budgets des régions et des systèmes hospitaliers.

La Dre Kenny: Je suis heureuse d'entendre le sénateur Keon tenir ces propos. Je ne suis pas heureuse du fait qu'il faille dire une telle chose, mais je suis très contente de constater qu'un autre membre éminent du monde médical tient ces propos. Pendant que je présentais ma déclaration préliminaire et que j'applaudissais le fait que vous insistiez sur la réforme des soins primaires, j'ai dit: ne sous-estimez pas la difficulté de l'exercice. Le Dr Keon a ramené le système entier à une sorte de miniature, mais les problèmes auxquels nous faisons face, pour vraiment réformer les soins primaires, et non seulement le travail du médecin de premier recours, sont les mêmes.

Je veux formuler trois observations, ayant fait des recherches sur l'histoire du régime de l'assurance-maladie au Canada et ayant essayé d'écrire quelque chose à ce sujet.

La première est une observation historique très intéressante qui, de fait, m'est seulement venue au moment où j'étudiais le développement du régime. Tommy Douglas a été élu en Saskatchewan en 1944, l'année de ma naissance. Je constate qu'il y a eu des événements marquants en 1944, en 1964 et en 1984. Dieu seul sait ce qui se passera en 2004, mais la progression de l'assurance-maladie au Canada est très intéressante.

Si on revient au début du siècle dernier, on peut constater que la médecine organisée ne défendait pas la cause des soins de santé universels. Il n'y a eu que deux périodes durant l'histoire du Canada où la médecine organisée — je veux pas dire non pas les médecins individuels, mais la médecine telle qu'elle peut s'exprimer par l'entremise de l'Association médicale canadienne ou des associations provinciales — a envisagé favorablement une telle évolution. Ce sont deux périodes où les médecins étaient défavorisés sur le plan des gains. Bien sûr, la première période est celle de la grande dépression.

J'en suis venue à penser que c'est une question d'une profonde gravité — pour moi-même et pour mes collègues du monde médical, de savoir que, dans les faits, historiquement, les principaux responsables de l'admission des malades dans le régime, si on discute avec eux et leurs être chers de ce que seraient des soins appropriés et en les aidant à faire des choix, semblent

who are central to getting you into the system and to what happens to you there have never really been comfortable with that system. It is what that masterly text on the Canadian health care system calls the “founding bargain of Canadian health care.” It was a universal system, but it was not fully socialized because we allowed this fee-for-service negotiation by doctors. We allowed doctors, in this otherwise single, unified system, to be entrepreneurs.

Secondly, if we look at this from a system perspective, there is actually a principle of Roman Catholic theology at work. It has to do with working towards justice issues for workers, and it is the principle of “subsidiarity.” Many of you know it, and it is adopted in many other ways, but it was initially enunciated in a theological justice context. It goes like this. A system works best when functions are performed at the lowest level of competence. When I say that, you think, “Lowest level of competence? What are you saying?” Think of it. It is the lowest level of competence. Health care violates that principle every day. I am right on with what Dr. Keon is saying if I am saying it clearly.

We have a mindset, even within the practice of health professions, that you have to keep going up before you get a competent opinion. Somehow or other, we have developed a system that reinforces this inappropriate utilization of time and talent that Senator Keon is talking about. I think it is a crucial issue at the heart of primary care reform.

I was chief at a children’s hospital. People would come to the hospital because they did not want to see someone in the ER, with great respect to the ER folk, and they did not trust their own pediatrician back in their hometown. We have created a system that has pushed up expectations, but at the same time, we wind up with people not maximizing their talent and ability and not appropriately utilizing and respecting others.

The context I am trying to set here is that we have this historical anomaly in doctors’ involvement. We have this founding bargain whereby they were both in and out of the system, yet they are key to it. We have a strange way of respecting talent and ability and we actually violate subsidiarity all the time. Then you look at why we cannot make a difference.

My final comment is that we are stuck now, because my colleagues in medicine are the most demoralized that I have ever seen them, and this coming year will be the 30th anniversary of my graduation from medical school. I am doing some grant-funded work on role modelling in the development of new

avoir éprouvé une certaine réticence. Le Canada n’est pas unique à cet égard. C’est une question générale en ce qui concerne les médecins. Les gens qui jouent un rôle central pour ce qui est de vous faire accéder au réseau et de ce qui vous arrive une fois que vous y êtes n’auront jamais vraiment été à l’aise dans le réseau. C’est ce qui est qualifié, dans l’œuvre maîtresse sur le régime de l’assurance-maladie au Canada, de «pacte fondateur» de l’assurance-maladie au Canada. C’était un régime universel, mais on ne l’a pas socialisé sur toute la ligne: on a permis aux médecins de négocier la rémunération à l’acte. On a permis aux médecins — dans ce régime autrement unifié — d’être des entrepreneurs.

Ensuite, si on envisage cela dans la perspective d’un système, on voit entrer en jeu, de fait, un principe de la théologie catholique romaine. Cela a à voir avec le travail fait en faveur de la justice pour les travailleurs; c’est le principe de la «subsidiarité». Nombre d’entre vous le connaissent, et c’est un principe qui a été adopté de nombreuses autres façons, mais il a d’abord été énoncé dans un contexte de justice théologique. Voici en quoi cela consiste: le fonctionnement optimal d’un système survient lorsque les tâches sont exécutées au plus bas échelon possible. Quand je dis cela, vous vous dites: «le plus bas échelon possible? De quoi parle-t-on?» Songez-y. C’est le plus bas échelon possible. Or, le régime d’assurance-maladie transgresse ce principe tous les jours. Je suis tout à fait d’accord avec le Dr Keon, si vous comprenez ce que je veux dire.

Nous avons cette mentalité — même dans les professions de la santé — selon laquelle il faut monter toujours plus haut pour obtenir un avis éclairé. Je ne sais trop comment, mais nous avons conçu un régime qui favorise cette utilisation à mauvais escient du temps et du talent, ce dont parlait le sénateur Keon. Je crois que c’est une question capitale qui se trouve au cœur même de la réforme des soins primaires.

J’ai été directrice d’un hôpital pour enfants. Les gens venaient à l’hôpital parce qu’ils ne voulaient pas aller à l’urgence — sauf le grand respect que je dois aux gens de l’urgence — et ils ne faisaient pas confiance au pédiatre là où ils habitaient. Nous avons créé un régime qui a fait que les attentes sont devenues plus grandes, mais, en même temps, nous nous sommes retrouvés dans une situation où les gens ne maximisent pas leurs talents et leurs capacités et n’utilisent pas et ne respectent pas les capacités de l’autre comme il se doit.

C’est dans ce contexte que j’essaie d’inscrire la question: il y a cette anomalie historique pour ce qui est du rôle des médecins. Il y a ce pacte fondateur qui a fait qu’ils se sont trouvés à la fois à l’intérieur et à l’extérieur du régime; et néanmoins, ils en sont un élément clé. Nous avons une façon étrange de respecter le talent et la capacité des gens, et, de fait, nous transgressons tout le temps le principe de la subsidiarité. Allez donc voir pourquoi nous n’arrivons pas à faire bouger les choses.

La dernière observation que je veux faire, c’est de dire que nous sommes enlisés maintenant; je n’ai jamais vu mes collègues du monde médical aussi démoralisés et, voici que s’amène le 30^e anniversaire de ma sortie de l’école de médecine. Je suis en train de faire des recherches subventionnées sur les modèles de

doctors. Our faculty members are demoralized. They are tired, stressed and unhappy with medical practice. That is true not only in Canada; it is a generic problem.

The point I am making is that, while we are burdened, we seem incapable of getting out of this situation. This is not just a matter of financial incentive, though that is key; it is not just a matter of legally changing the scope of practice, though that is essential; it is about sharing power and authority in a different way, while at the same time trying to provide new ways to support physicians, who are at the strangest place I think they have ever been in history, with this fundamental ethical commitment to individuals and the practice of requiring whole teams of people to do the simplest thing with a patient.

I do not know how to summarize this in one line for you, but what Senator Keon just said about that kind of “inside the system” inefficiency goes deeper than a structural change can fix. However, it is key to some of our problems and our inability to move forward.

The Chairman: Would you say about nurses everything you have just said about your colleagues, that they are demoralized and so on?

Dr. Kenny: Yes. I have just supervised a graduate student who has done her master’s thesis on the experience of moral distress of nurses in neonatal intensive care units. Neonatal intensive care units are very high-pressure places. You experience a huge degree of moral stress when you have to participate in something that is not right. It is not a moral dilemma or a conflict; it is an experience of distress. There is now an abundance of literature on nursing. Nurses have described what moral distress is. This is not just being demoralized; this is being distressed because their talents and abilities are not being well used in the system. It is a very serious issue.

Mr. Lozon: Most of us in the health care system do not know whether we are good or bad examples of subsidiarity. I am not sure whether I am living proof of a good or bad example. I have a couple of comments on Senator Keon’s observation and then I have a challenge.

My first observation is that the health professionals in this country have been the single biggest contributors to the high quality of our health care system, and that the professional groups themselves may be one of the single biggest challenges to reforming it.

Second, I do hold out some hope. The face of medicine is changing. The incoming class at the University of Toronto is 52 per cent women. Some studies suggest that women are more inclined to work in a group practice as opposed to as a solo practitioner and more inclined to be members of a team than their predecessors — all of which are signs of something good to come.

comportement et la formation des nouveaux médecins. Nos enseignants sont démoralisés. Ils sont fatigués, stressés et malheureux vis-à-vis de l’exercice de la médecine. Cela ne s’avère pas qu’au Canada; c’est un problème général.

Là où je veux en venir, c’est que nous sommes accablés, nous semblons incapables de nous tirer de cette situation. Ce n’est pas uniquement une question d’incitatifs financiers, bien que ce soit là un élément clé; il ne s’agit pas uniquement de modifier juridiquement les attributions des professionnels en question, même si cela est essentiel; il ne s’agit pas uniquement de répartir différemment le pouvoir et l’autorité, tout en essayant de trouver des façons nouvelles de soutenir les médecins, qui, je crois, ne se sont jamais trouvés dans une situation aussi étrange dans l’histoire — essayer de respecter cet engagement éthique fondamental envers les malades tout en exerçant une médecine où il faut des équipes entières pour accomplir la tâche la plus simple auprès d’un patient.

Je ne sais pas comment vous résumer cela en une ligne, mais ce que le sénateur Keon vient de dire à propos de l’inefficacité «interne» du régime évoque une question grave qu’une seule modification structurelle ne saurait régler. Toute de même, c’est un élément clé pour ce qui est de certains des problèmes que nous éprouvons et de notre incapacité de progresser.

Le président: Diriez-vous au sujet des infirmières tout ce que vous venez de dire au sujet de vos collègues, c’est-à-dire qu’elles sont démoralisées et ainsi de suite?

La Dre Kenny: Oui. Je viens de diriger la thèse d’une étudiante sur la détresse morale des infirmières dans les unités de soins intensifs pour nouveaux-nés. La pression qui s’exerce sur les gens dans ces unités est très forte. Celui qui doit participer à une chose qui n’est pas correcte voit un stress énorme sur son moral. Ce n’est pas un conflit ou un dilemme éthique; c’est une détresse. Il y a maintenant une documentation abondante sur les soins infirmiers. Les infirmières ont décrit cette détresse morale. Elles ne sont pas seulement démoralisées; c’est le fait que leur talent et leurs capacités ne sont pas bien utilisés dans le régime qui les perturbe. C’est une question très grave.

M. Lozon: Dans le réseau de la santé, la plupart d’entre nous ne savent pas s’ils représentent un bon ou un mauvais exemple pour ce qui est de la subsidiarité. Je ne sais pas très bien si je suis moi-même un bon ou un mauvais exemple. Je formulerais quelques commentaires sur l’observation du sénateur Keon, puis je poserais une question de taille.

Ma première observation, c’est que les professionnels de la santé au Canada sont l’élément premier qui explique la qualité élevée de notre réseau de la santé et que les groupes de professionnels eux-mêmes constituent peut-être le plus grand obstacle à une réforme.

Ensuite, je dirais qu’il y a quand même de l’espoir. La face de la médecine change. La nouvelle promotion à l’Université de Toronto est constituée à 52 p. 100 de femmes. Certaines études laissent croire que les femmes seraient plus enclines à travailler en groupe, plutôt qu’à exercer la médecine seules, et plus enclines à faire partie d’une équipe que leurs prédécesseurs — tout cela étant

It makes the training environment a little more challenging, simply because they do not want to do the old type of training with 36 hours on the job and so on.

Turning to Mr. Davis's comment about competitive pay, we have a supply and demand mismatch right now. Physicians and nurses currently have a lot of leverage because demand is greater than the supply. That is quite true.

My final comment comes from my days as a deputy minister. I was never more disappointed than in the efforts made provincially and nationally to deal with health human resources. Governments were so far out of touch on this issue that they were not even in the same decade. They said, "We have corrected the physician problem; we have the nursing problem just about licked." Nothing could be further from the truth. It is partly because there is no insight into what the new physicians and new nurses are looking for. Having said that, I have no idea how this relates to regionalization — and that is the challenge.

The Chairman: You mean that the human resources problem exists under any scenario, regardless of how things are structured, and it does not necessarily relate to regionalization?

Mr. Lozon: Exactly.

Senator Keon: I would like to respond to Mr. Lozon on that. I have known how he thinks for quite some time and I truly admire it. However, I am afraid that if we do convince the federal government to bankroll an infusion of health care personnel, we will get it wrong again. If we do get it wrong, it will be because we have not looked at the regions. The health care team needed to take care of North Bay is drastically different from the one needed to take care of Metro Toronto. North Bay is not a very good example, and maybe I should have said Mattawa, a smaller community. We have to get input from the grassroots, from the regions, as to what they need in the way of health professionals to deliver the services that are required.

Mr. Lozon: I would agree with that. That speaks to not so much provincial, national, regional — because those can be, although not necessarily, loaded terms — but to a need for integrated human resource planning. Right now, governments do it largely in isolation from employers, schools and professional groups. The Health Human Resources Advisory Committee has until now — maybe it has changed somewhat under its current chairman — largely been a committee of federal and provincial government officials and has not had input from the various nursing —

de bon augure. Cela complique un peu les choses du point de vue de la formation, simplement parce que nous ne voulons pas avoir l'ancien type de formation avec 36 heures en service et ainsi de suite.

Pour ce qui est de ce que M. Davis a dit au sujet du salaire concurrentiel, nous avons en ce moment une offre et une demande qui ne concordent pas. Les médecins et les infirmières ont actuellement beaucoup d'influence parce que la demande est supérieure à l'offre. Cela est tout à fait vrai.

Ma dernière observation est inspirée par l'époque où j'étais sous-ministre. Il n'y a rien qui m'a déçu davantage que les efforts déployés à l'échelle provinciale et nationale pour régler la question des ressources humaines dans le domaine de la santé. Les administrations gouvernementales étaient si loin de comprendre la question qu'on peut dire qu'elles ne vivaient même pas à la même époque. Elles disaient: «Nous avons réglé le problème des médecins; nous avons presque réglé déjà le problème des infirmières.» Rien de plus faux. Le problème tient en partie au fait qu'elles n'ont pas idée de ce que recherchent les nouveaux médecins et les nouvelles infirmières. Cela dit, je n'ai pas la moindre idée du lien entre cela et la régionalisation — et voilà le défi qu'il faut relever.

Le président: Vous dites que le problème des ressources humaines demeure quel que soit le scénario envisagé, quelle que soit la manière de structurer les choses, et que cela n'est pas forcément lié à la régionalisation?

M. Lozon: Tout à fait.

Le sénateur Keon: J'aimerais réagir à ce que M. Lozon a dit à ce sujet. Je connais sa pensée sur le sujet depuis un bon moment déjà, et j'admire vraiment son point de vue. Toutefois, je crains que si nous parvenons à convaincre le gouvernement fédéral d'injecter des fonds dans le dossier du personnel de la santé, nous allons faire erreur à nouveau. Si nous nous trompons, ce sera parce que nous n'aurons pas étudié la situation des régions. L'équipe de soignants qu'il faut à North Bay est radicalement différente de celle qu'il faut dans le Toronto métropolitain. North Bay, de fait, n'est pas un très bon exemple; j'aurais peut-être dû parler de Mattawa, qui est une localité de plus petite taille. Nous devons solliciter l'apport de la base, des régions, pour savoir ce dont elles ont besoin en fait de professionnels de la santé pour fournir les services requis.

M. Lozon: Je suis d'accord avec cela. Cela revient non pas tant à une question provinciale, nationale, régionale — ce sont là des termes qui, même si ce n'est pas toujours le cas, sont chargés —, mais de la nécessité d'intégrer la planification des ressources humaines. En ce moment, les responsables gouvernementaux le font, pour une grande part, à l'égard des employeurs, des écoles et des groupes de professionnels. Le Comité consultatif des ressources humaines en santé, jusqu'à maintenant — peut-être qu'il fonctionne différemment, maintenant, avec le nouveau président — s'est voulu, pour une grande part, un comité de responsables fédéraux et provinciaux qui ne bénéficie pas de l'apport des divers groupes d'infirmières...

The Chairman: I am sorry to interrupt, but are you telling me that the health human resources intergovernmental committee did not include people who actually train the personnel, such as deans of medicine or of nursing?

Mr. Lozon: Correct.

The Chairman: Pardon my incredulity.

Mr. Lozon: It speaks to the need for more integrated processes, because there are two or three solitudes. It is important to have an integrated process that includes the academic health sciences centres, which are national resources, so that individuals trained at Dalhousie in Nova Scotia can work in Cape Breton or Saskatchewan or the lower mainland of British Columbia. There needs to be an integrated human resource planning that brings all the players to the table.

The Chairman: On that score, and because he has been both a minister and a deputy minister, I would like to ask Mr. Forget a question. Given that we always get into this issue that education and training are provincial responsibilities, but people graduate from medical school or nursing school in one province and work in another, do you think it is feasible to have a national, not federal, plan? Should we look at how many doctors, nurses and technicians the country needs, as opposed to the needs of smaller provinces such as Nova Scotia and Newfoundland? I chose those two provinces because they are small but have sizeable medical schools. Is it possible to determine the national requirements and develop a national planning scheme?

Mr. Forget: I understand the implications of your question. Yes, it is possible to conduct a study and try to estimate the requirements. Manpower forecasting in any field and for any industry, especially an area such as health, which is experiencing a great deal of change in spite of the rigidities, is a very difficult exercise. I remember that 25 years ago, there was a massive, Canada-wide study of the training requirements for health professionals. It took years to complete. Everyone in the medical schools and the health facilities was canvassed. They tried to project the need for physicians by graduation time. If you are to increase enrolment in medical schools, as Dr. Morin said, you have to project 10 years into the future for the exercise to be at all useful, and no one knows how to do that well. The margin of error is such that it may not be worth the paper it is printed on, and that is the big problem. The sector is not unlike a medieval guild system, in the sense that it is rigid and does not permit you to move someone over from another, related profession when you find yourself in a deficit situation. This is arranged in rather tight compartments. The problems of overshooting and undershooting will always be with us. I have observed that there are empty training places, not perhaps for physicians, but certainly for nurses. In Quebec there are many available spots that are not being filled. Why is that?

Le président: Je m'excuse de vous interrompre, mais êtes-vous en train de me dire que le Comité intergouvernemental des ressources humaines en santé ne compte pas de représentants qui, dans les faits, sont chargés de former le personnel, par exemple des doyens de faculté de médecine ou de sciences infirmières?

M. Lozon: Tout à fait.

Le président: Pardonnez mon incrédulité.

M. Lozon: Voilà pourquoi il faut adopter des processus mieux intégrés, parce qu'il y a là deux ou trois solitudes qui entrent en jeu. Il importe d'avoir un processus intégré qui fait intervenir les sciences de la santé du monde de l'éducation — qui sont des ressources nationales — pour que les personnes formées à l'université Dalhousie en Nouvelle-Écosse puissent travailler au Cap-Breton ou en Saskatchewan ou dans le Bas-Fraser en Colombie-Britannique. Il faut une planification intégrée des ressources humaines qui permet à tous les joueurs de se présenter à la table.

Le président: À propos de cette question — et comme il a déjà été ministre et sous-ministre —, j'aimerais poser une question à M. Forget. Comme nous en arrivons toujours au fait que l'éducation et la formation sont des responsabilités provinciales, mais que les diplômés d'une faculté de médecine ou d'une école de soins infirmiers dans une province s'en vont travailler dans une autre province, croyez-vous qu'il est viable de concevoir un plan national, mais non pas fédéral? Est-ce que nous devrions essayer de savoir combien de médecins, d'infirmières et de techniciens il faut au pays, plutôt que d'essayer de prévoir les besoins des petites provinces, comme la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve? Je prends ces deux provinces comme exemple parce qu'elles sont petites, mais qu'elles comptent des écoles de médecine de bonne taille. Est-il possible de déterminer les exigences nationales et de mettre au point une formule nationale de planification?

M. Forget: Je comprends ce que peut impliquer votre question. Oui, il est possible de réaliser une étude et d'essayer d'estimer les exigences. La prévisions des besoins en main-d'œuvre — dans tout domaine et dans toute industrie, surtout dans un domaine comme celui de la santé, qui connaît une évolution notable malgré la rigidité qui le caractérise, constitue un exercice très difficile. Je me rappelle qu'il y a 25 ans, il y a eu une étude pancanadienne de très grande envergure sur les besoins en formation des professionnels de la santé. Il a fallu des années pour la mener à bien. Tout le monde dans les facultés de médecine et les établissements de santé a été sollicité. Ils ont essayé de prévoir le nombre de médecins dont on aurait besoin au moment de la diplomation. Si vous voulez accroître le nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine, comme le Dr Morin l'a dit, vous devez prévoir au moins dix années d'avance pour que l'exercice ait une quelconque utilité, et personne ne sait le faire de bonne façon. La marge d'erreur est telle que l'étude ne vaut pas le papier sur lequel elle est imprimée, et c'est là la grande difficulté. Le fonctionnement du secteur n'est pas très différent de celui d'une guilde médiévale au sens où il est rigide, et ne permet pas d'aller chercher quelqu'un qui évolue dans une profession connexe, en cas de pénurie. Tout est très bien compartimenté. La nécessité de rajuster le tir — est-ce trop, est-ce insuffisant — sera toujours là. J'ai observé moi-même

This is not the world of 50 years ago, when there were only two basic career choices for young women — teaching and nursing. Now, there are plenty of other opportunities. When they read almost daily in the press that people working in emergency rooms are experiencing nervous breakdowns, they wonder why in the world, for a salary that is not very high compared with other sectors, people would engage in such an occupation where, according to some reports, they remain the underdogs. Working shifts and weekends is part of the job. What kind of lifestyle is that? I think we have a basic problem there. There is another problem that affects women working in the health system. The relationship between physicians and nurses in certain areas, departments and institutions has reached a state of total breakdown. This relationship was predicated on physicians being mostly male and nurses being mostly female. That reality has not totally changed, although new registrations in medical schools predict that the balance will be different 20 years from now. Currently, there are few male nurses — you can count them on the fingers of one hand in one institution.

The other problem still persists and is embedded in the culture of the profession. It is very hard to break that down. In the institution with which I am currently associated, we have had dramatic examples of that breakdown and surveys of the respective attitudes, which are lethal. If it came out in the open, people would be horrified at the lack of respect, and it goes both ways. There is a lack of respect from physicians for nurses and from nurses for physicians. They have a long list of motives and reasons why they withhold that respect.

All this exists and it will only change very slowly. A new piece of legislation is not the solution. Certainly, Ontario has gone through the process and the lobbying effort is intensive. About 30 years ago, Quebec went through a massive overhaul of its legislation. The problem with legislation on professional fields of practice is that it replaces an antiquated set of constraints with an updated set of constraints. The problem is the constraints, and the accompanying lack of flexibility in an industry or sector of activity. Therefore, flexibility should be at a premium. Everything is predicated on the basis of this antiquated way of looking at the roles of professions.

Look, for example, at the internal bylaws of the council of physicians for any major hospital. That is a medieval document because it consists almost entirely of issues of status. Status is important to all of us, I suppose; it is part of life. In this case, however, it is legislated status. I counted no fewer than 11 categories of status among the medical profession in one institution. Everything is defined in minute detail — category 10

qu'il existe des places prévues pour la formation, mais qui demeurent vides, peut-être pas dans le cas des médecins, mais certainement dans le cas des infirmières. Au Québec, il y a de nombreuses places qui demeurent vides. Pourquoi?

Nous ne sommes plus dans les années 50, époque à laquelle les jeunes femmes pouvaient envisager, fondamentalement deux carrières: l'enseignement et les soins infirmiers. Aujourd'hui, les occasions abondent. Quand elles lisent presque tous les jours dans le journal que le personnel des salles d'urgence est en état de dépression nerveuse, elles se demandent pour quelle raison, étant donné que le salaire n'est pas très élevé si on le compare à celui qui est offert dans d'autres secteurs, elles iraient s'engager dans un métier où, selon certains observateurs, elles sont les négligées. Les quarts de travail, le travail la fin de semaine, cela fait partie du métier. Mais quelle vie est-ce? Je crois que nous avons là un problème fondamental. Il y a un autre problème qui touche les femmes dans le réseau de la santé. Le lien entre les médecins et les infirmières dans certains domaines, départements et établissements en est au point où c'est l'effondrement total. La relation en question tenait au fait que les médecins, pour la plupart, étaient des hommes; quant aux infirmières, pour la plupart, c'étaient des femmes. Cette réalité n'a pas complètement changé, bien que les inscriptions dans les écoles de médecine laissent voir que l'équilibre ne sera pas le même dans 20 ans. À l'heure actuelle, il y a bien quelques infirmiers — on peut les compter sur les doigts d'une main, pour un établissement donné.

L'autre problème perdure et est enraciné dans la culture de la profession. Il est très difficile de faire échec à cela. Dans l'établissement où je travaille actuellement, nous avons connu des exemples frappants de cet effondrement, et il y a eu des enquêtes sur les attitudes de part et d'autre, qui sont mortelles. Si cela était révélé au grand jour, les gens seraient horrifiés du manque de respect qu'il y a là — et cela va dans un sens comme dans l'autre. Il y a ce manque de respect pour les infirmières et des infirmières pour les médecins. Les motifs et les raisons pour lesquels les gens ne témoignent pas de respect envers l'autre forment une longue liste.

Tout cela existe, et ça ne changera que très lentement. L'adoption d'une nouvelle loi n'est pas la solution. Certes, l'Ontario est passée par là et l'effort de lobbying est intense. Il y a environ 30 ans, le Québec a procédé à une refonte majeure de sa loi. La difficulté que posent les lois sur les professions, c'est qu'elles remplacent un ensemble de contraintes périmées par un ensemble de contraintes à jour. La difficulté réside dans les contraintes elles-mêmes et dans le manque de flexibilité que cela suppose au sein d'une industrie ou d'un secteur d'activité. Par conséquent, il faut mettre l'accent sur la souplesse. Tout s'articule autour d'une façon archaïque d'envisager les rôles à l'intérieur des professions.

Prenez pour exemple le règlement interne du conseil des médecins de tout hôpital d'envergure. C'est un document proprement moyenâgeux: il y est presque uniquement question de statut. La question du statut est importante pour nous tous, je suppose; cela fait partie de la vie. Dans ce cas, toutefois, il s'agit d'un statut établi par une loi. J'ai compté pas moins de 11 catégories professionnelles dans un établissement donné.

is higher than category 9 because it has specific privileges. I cannot understand why, in the 21st century, we enshrine status. We want people to work as teams, but we have antiquated legislation and bylaws in which everything is solidified and the remuneration system singles out one member of the team.

It is a marvel that teams manage to work at all. Whether they like it or not, all these people have to work together, in most instances, and they manage to do it fairly well. However, there are cases of breakdown, and that is tragic because the patient suffers as a result. We tend to hide our faces and deny knowledge of this when it happens. That is why the difficulties are so great.

Even if a way could be found to eliminate the rigidity and positively encourage team-building and the lowering of barriers, de-emphasize status and eliminate changes in the remuneration system, this fight would be too big for any province to take on by itself. Imagine one provincial ministry making an arbitrary health care decision that is not followed in other provinces. The lobby groups would be asking why in one province and not in the others. It must be a coordinated effort because that is what makes “the shoe hurt.”

Dr. Vertesi: I would like to add a few comments here. Senator Keon started by saying that too many doctors are doing what nurses should do, and nurses are doing what nurse’s aides should be doing. I agree with that, and would add that too many people are doing what no one needs to do.

To a large extent, we are dealing with a natural human phenomenon, which is protecting our own turf — jobs, lifestyle and income. We will not change that. It is tempting to come in with a set of laws to level that out. I do not think it will work, even though it looks attractive, because when government tries to do that, it becomes itself the biggest target. It has the resources and the political vulnerabilities and it is the payer, et cetera. We are seeing lobbying directed at government. If government were removed, these groups would not know where to lobby.

The fee-for-service system was brought up, and yes, it is a problem, but it is also a mixed blessing. It has advantages and disadvantages. The biggest problem is not that it is used, but that the doctors were left to control what the remunerations were and where the money should go.

The best method of dealing with these issues that we talked about, instead of legislation, is probably market competition. The best method for dealing with the guild mentalities is simply to

Tout est défini jusqu’à la dernière virgule — la catégorie 10 est plus élevé que la catégorie 9, car elle comporte des privilèges particuliers. Je ne peux comprendre pourquoi, au XXI^e siècle, nous sacralisons la question du statut. Nous voulons que tout le monde travaille en équipe, mais nous avons des lois et des règlements internes archaïques où tout est pétrifié et où le système de rémunération privilégie un membre particulier de l’équipe.

Il est ahurissant de constater que les équipes parviennent même à travailler. Qu’ils aiment cela ou non, les gens doivent travailler ensemble et, dans la plupart des cas, ils parviennent à le faire assez bien. Tout de même, il y a des cas d’effondrement, et c’est tragique, car c’est le malade qui en souffre. Nous avons tendance à nous voiler le visage et nier que cela existe. C’est pourquoi les difficultés sont si grandes.

Même si nous parvenions à trouver une façon d’éliminer le caractère rigide du régime et d’encourager positivement le travail d’équipe, d’éliminer les obstacles, de minimiser la question du statut et d’éliminer les changements en ce qui concerne le système de rémunération, c’est un combat qu’une province à elle seule ne saurait mener. Imaginez qu’un ministère provincial prenne, dans le domaine de la santé, une décision arbitraire que les autres provinces ne reprennent pas. Les groupes de pression demanderaient pourquoi cela se fait dans une province, mais pas dans les autres. Il faut un effort concerté, car c’est là que le «bât blessé».

Le Dr Vertesi: J’aimerais ajouter quelques commentaires. Le sénateur Keon a commencé en affirmant que les médecins sont trop nombreux à effectuer des tâches qui reviennent aux infirmières et que les infirmières sont trop nombreuses à effectuer des tâches qui reviennent aux aides infirmières. Je suis d’accord sur ce point; j’ajouterais que les gens sont trop nombreux à effectuer des tâches inutiles.

Dans une grande mesure, il est question ici d’un phénomène humain naturel, c’est-à-dire l’instinct territorial — nous protégeons nos emplois, notre mode de vie et notre revenu. Nous n’allons pas changer cela. Il est tentant d’essayer d’imaginer des lois qui feraient échec à cela. Je ne crois pas qu’elles fonctionneraient, même si l’idée paraît attrayante, car quand les pouvoirs publics essaient de faire cela, ils deviennent eux-mêmes la plus grande cible. Il y a les ressources et les vulnérabilités politiques et il y a le payeur et ainsi de suite. Nous constatons que des pressions s’exercent sur le gouvernement. Si le gouvernement était éliminé, ces groupes ne sauraient sur qui mettre de la pression.

La formule de la rémunération à l’acte a été soulevée et, oui, il s’agit d’un problème, mais cela a du bon et du mauvais. J’y vois des avantages et des inconvénients. La plus grande difficulté réside non pas dans l’application de la rémunération à l’acte, mais dans le fait que les médecins ont eu à déterminer quelle elle serait et à décider où l’argent irait.

La meilleure méthode pour régler ces questions dont nous avons parlé serait non pas de recourir à une loi, mais probablement de laisser au marché le soin de décider. La

lower barriers and let the associations deal with real people making real choices. I do not suggest it will ever be a completely free market in Canada.

The other question has to do with regional input. I work in an area that has gone through several changes, and I have some thoughts about it. I am a manager as well as a physician, so I deal with both sides of the equation.

Regionalization offers many potential advantages. The emphasis is on the word “potential.” There are no real advantages unless other things fall into place. Flexibility of funding, management at arm’s length from government, some manpower and so on, must be there.

Although there are many examples of regionalization out there, none is allowed to operate freely. Some of it comes down to the size of regions. Big regions have more clout, but the management is more difficult because part of the advantage of regions is you can get more personal — you know your people and build on those relationships. The way to break this down is to allow them to look at inter-facility issues and needs and make contracts and arrangements with physicians that break out of the fee-for-service mould.

For example, in my region we have begun using “hospitalists.” We are able to integrate the hospitalist programs. These doctors are not on fee for service and are paid to stay in the hospital. As they are a small group, their expertise can increase with time. We can expect an improvement in both service quality and efficiency.

The Chairman: Is the hospitalist a general practitioner who does not have a practice as we normally think of it, but is rather a full-time employee of the hospital?

Dr. Vertesi: That is correct. The work of the hospitalist is to manage the patients in the hospital, regardless of who the physicians are, and make sure that when patients are ready to move out of the hospital, the continuity of care is better maintained.

That is one example of an inter-facility program. Since all facilities are not the same — some are small, some are large, some have heart surgery programs and some have trauma while others do not — this lets us go beyond each hospital’s individual interests.

Senator Keon: I do not want to create the impression that I think regionalization can solve all the problems, but I have seen the gaps. We cannot supply the health professionals that some of the regions need and we currently have no way of addressing this. We can send people through medical or nursing school or technical college, but we cannot get the right blend of people to

meilleure méthode pour composer avec les mentalités de guildes, c’est simplement de faire baisser les obstacles et de laisser les associations traiter avec des gens en chair et en os qui ont à faire des choix. Je ne laisse pas entendre que le marché ne sera jamais un jour tout à fait libre au Canada.

L’autre question a question à l’apport régional. Je travaille dans un domaine qui a connu plusieurs changements, et j’ai des idées là-dessus. Je suis gestionnaire aussi bien que médecin; j’ai donc affaire aux deux côtés de l’équation.

La régionalisation présente nombre d’avantages éventuels. Il faut mettre l’accent sur le terme «éventuel». Il n’y a pas de véritables avantages à moins que d’autres éléments soient bien organisés. La souplesse du financement, la gestion indépendante des affaires face au gouvernement, certains éléments touchant le personnel et ainsi de suite — certaines conditions doivent être réunies.

Il existe de nombreux exemples de régionalisation, mais dans aucun cas est-il permis d’agir librement. Parfois, c’est la taille de la région qui est en cause. Les grandes régions ont plus d’influence, mais la gestion est plus difficile, car l’avantage des régions tient en partie au fait que c’est plus personnel — on apprend à connaître les gens et à cultiver des liens. La façon de régler le problème consiste à permettre aux gens d’étudier des besoins et des questions interétablissements et à faire des contrats et des arrangements avec les médecins qui se situent en dehors de la formule de la rémunération à l’acte.

Par exemple, dans ma région, nous avons commencé à recourir à des «médecins d’hôpital». Nous sommes en mesure d’intégrer les programmes d’hospitaliste. Ces médecins ne sont pas rémunérés à l’acte; ils sont salariés, pour qu’ils demeurent à l’hôpital. Comme c’est un groupe peu nombreux, son expertise peut s’accroître avec le temps. Nous pouvons nous attendre à une amélioration de la qualité du service et de l’efficacité.

Le président: L’hospitaliste est-il un omnipraticien qui n’a pas de cabinet tel que nous l’entendons normalement, un employé à temps plein de l’hôpital?

Le Dr Vertesi: C’est cela. Le travail de l’hospitaliste consiste à s’occuper des patients à l’hôpital, indépendamment des médecins chargés du dossier et qui s’assure, au moment où le malade est prêt à prendre son congé, que la continuité des soins est bien assurée.

Voilà un exemple de programme interétablissements. Comme tous les établissements ne sont pas pareils — certains sont petits, d’autres sont grands, certains ont un programme de chirurgie cardiaque, d’autres, un centre de traumatologie qui n’existe pas ailleurs — nous ne pouvons aller au-delà des intérêts particuliers de chacun des hôpitaux.

Le sénateur Keon: Je ne veux pas donner l’impression que je tiens la régionalisation pour la solution à tous les problèmes, mais j’ai constaté moi-même les lacunes. Nous pouvons «fournir» les professionnels de la santé qu’il faut dans certaines des régions et nous n’avons pour l’instant aucune solution à ce problème. Nous pouvons avoir des écoles techniques ou des écoles de soins

supply the services.

The Chairman: We will recess for lunch until 1:00 p.m.

I want to ensure we cover two topics when we come back and before we adjourn at 3:30: What are some of the funding options you think would make sense for the federal government to introduce, given the fact we are committed to putting some options for raising additional federal funding on the table. Also, what conditions should be attached to that funding such that it ends up in the health care system.

The next question is what is the broader federal role, given the fact it is an issue of provincial jurisdiction? How does one exercise federal leadership, given the constitutional constraints?

The committee recessed.

Upon resuming at 1:00 p.m.

The Chairman: For the information of people watching on television, in Senator Callbeck's previous incarnation, she was Minister of Health and, subsequently, Premier of Prince Edward Island.

Senator Callbeck: I would like to ask about health care funding. As you know, this committee has concluded that the system is not financially sustainable without increased funding. Certainly, many other committees have come to the same conclusion, such as inquiries into health care in Alberta, Saskatchewan, Ontario and Quebec.

From the comments you made earlier, I think that all of you, except maybe Dr. Kenny, agree there should be increased funding. Assuming that, where are we going to get it?

There are all kinds of proposals on the table. The latest one was that of the C.D. Howe Institute, referred to by Mr. Scott, which indicated Canadians should pay a new tax based on the cost of their medical services for that year; that families with an income of \$10,000 or less would not pay the tax; and that there would be a cap of 3 per cent of one's income.

I would like to hear your comments on the whole area of funding and particularly on the C.D. Howe Institute proposal.

Mr. Davis: The first point I would make is that we always frame this in terms of the system not being sustainable at the current funding levels, and I would agree with that. However, I would like to frame it differently and indicate that I think that the system is inexpensive right now. We need to reflect upon the notion that we have an expensive health care system. By most international standards, we do not. Certainly in comparison with the United States, where access and technology standards tend to be at the high end of their system, we are very inexpensive. It may be that we do not have enough money in the system. At the end of

infirmiers ou des facultés de médecine pour former les gens, mais nous n'arriverons pas à la bonne combinaison de gens pour offrir les services.

Le président: Nous allons aller dîner, pour revenir à 13 heures.

Je veux m'assurer que nous allons aborder deux sujets au retour, avant de lever la séance à 15 h 30: quelles sont certaines des options de financement que le gouvernement fédéral aurait intérêt à adopter, à votre avis, étant donné que nous nous engagerons à proposer à ce sujet certaines options? De même, quelles conditions faut-il associer à ce financement, pour que l'argent se retrouve dans le réseau de la santé.

La prochaine question concerne le rôle fédéral au sens large du terme, étant donné qu'il s'agit d'une question qui relève des provinces. Comment exercer un leadership fédéral, étant donné les contraintes constitutionnelles qui s'appliquent?

Le comité suspend ses travaux.

Les travaux reprennent à 13 heures.

Le président: Pour les gens qui regardent la séance à la télévision, avant de devenir sénateur, Mme Callbeck a été ministre de la Santé et, par la suite, première ministre de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le sénateur Callbeck: J'aimerais poser une question à propos du financement de la santé. Comme vous le savez, notre comité a conclu que le système n'est pas viable sur le plan financier, si d'autres fonds ne sont pas prévus. Certes, nombre d'autres comités sont parvenus à la même conclusion, notamment à la suite des commissions d'enquête portant sur les soins de santé en Alberta, en Saskatchewan, en Ontario et au Québec.

D'après les observations que vous avez faites plus tôt, avec l'exception possible de la Dre Kenny, je crois que vous êtes tous d'accord pour accroître le financement. En présumant que c'est la voie à emprunter, où allons-nous aller chercher l'argent?

Il y a toutes sortes de propositions qui ont été faites. La dernière provient de l'Institut C.D. Howe, M. Scott en a parlé. Selon cette proposition, les Canadiens devraient verser une nouvelle taxe établie à partir du coût de leurs services médicaux pour l'année; les familles ayant un revenu de 10 000 \$ ou moins ne verseraient pas la taxe en question; et il y aurait une limite équivalant à 3 p. 100 du revenu de la personne.

J'aimerais savoir ce que vous pensez de la question du financement dans son ensemble et particulièrement de la proposition de l'Institut C.D. Howe.

M. Davis: D'abord, je soulignerais que nous formulons toujours la question en ces termes: le système n'est pas viable si le financement demeure le même, et je suis d'accord sur ce point. Toutefois, j'aimerais formuler la question différemment et souligner que le régime, à mon avis, n'est pas coûteux en ce moment. Nous devons réfléchir à la notion selon laquelle nous aurions un réseau de la santé qui est coûteux. Une comparaison internationale permet le plus souvent de voir que ce n'est pas le cas. Certes, en comparaison avec les États-Unis, où les normes d'accès et de technologie ont tendance à être très élevées, notre

the day, you get what you pay for.

The belief that some magical efficiency will come along that will generate productivity levels in our health care system that are beyond anything that exists anywhere on this planet is naive and unrealistic.

As for where this additional money is to come from, as people say, there is only one payer. In Canada, the people who generally pay the freight are the middle class. Low-income Canadians do not pay for much in this country. We have a good safety net program that insulates them from most of the cost of programs and services.

The question is whether it will come through general income tax, through dedicated taxes, or through some attempt to link payment to utilization of the system.

There is one other option, which is whether we have some ability to use the system as a revenue generator. For example, could the Ottawa Heart Institute generate significant revenues for the system if it looked outside Canada and had a different business model? All of those things need to be looked at.

The notion that higher levels of income tax are required to pay for the system will not fly. There is a sense that Canadians do not want higher levels of taxation. They probably do not have enough faith in government to believe that that higher level of taxation will translate into improved access to health care services.

Dedicated taxes and revenues make sense. I would like to see an incentive in that package that focused on the wellness and health side of the agenda.

There is a lot to gain, although not perhaps in terms of savings to the health care system — I agree with my colleagues' comments on that — but in terms of increased productivity and the avoidance of pain and suffering and human misery, I think there is potential benefit.

To some extent, we are the victims of our own success. We are doing more and achieving more than ever before in the health care system. We are spending more money, but the results are there. It is not necessarily a bad thing. The discussion is about the right priority for those resources.

In terms of the dedicated tax and dedicated revenues, I would like to see some opportunity for those dedicated revenues, at least, to be raised and managed at the local level. I am always concerned that we look for provincial and national approaches to solutions. The framework needs to be national, and provincial, in some cases. However, we want to ensure that we do not block local innovation and flexibility with large bureaucratic enterprises,

régime n'est pas du tout coûteux. L'argent que nous injectons dans le réseau de la santé n'est peut-être pas suffisant. En dernière analyse, on en a pour son argent.

Il est naïf et irréaliste de croire qu'il y aura une mesure magique qui viendra améliorer les niveaux de productivité dans notre réseau de la santé, au-delà de tout ce qui existe ailleurs sur la planète.

Quant à la source des fonds supplémentaires, comme les gens disent, il n'y a qu'un payeur. Au Canada, ceux qui payent sont généralement les membres de la classe moyenne. Les Canadiens à faible revenu ne paient pas grand chose au pays. Nous avons un bon programme de sécurité sociale qui leur permet d'éviter la majeure partie des coûts engagés pour les programmes et les services.

La question consiste à savoir si les fonds proviendront des recettes fiscales générales, d'un impôt spécialement affecté ou d'une mesure visant à faire le lien entre le paiement et le recours au régime.

Il existe une autre option, mais il faut savoir si nous pouvons utiliser le régime pour générer des recettes. Par exemple, l'Institut de cardiologie d'Ottawa pourrait-il générer des recettes importantes pour le régime, s'il regardait du côté étranger et adoptait un modèle d'affaires différent? Il faut étudier toutes ces options.

La notion selon laquelle il faut des impôts plus élevés pour financer le régime ne l'emportera pas. On estime que les Canadiens ne veulent pas d'une augmentation du niveau d'imposition. Il est probable qu'ils ne fassent pas suffisamment confiance au gouvernement pour croire que l'augmentation du niveau d'impôt se traduirait par un meilleur accès aux services de santé.

Les impôts spéciaux et les recettes qui en découlent représentent une option logique. Parmi les mesures incitatives dont il serait question, j'aimerais en voir une qui privilégie le côté mieux-être et santé du dossier.

La formule serait très avantageuse, bien que ce ne soit peut-être pas sur le plan des économies pour le réseau — je suis d'accord avec mes collègues là-dessus — mais au sens où on augmenterait la productivité tout en évitant la douleur et la souffrance et la misère humaine, voilà ce qui serait un avantage considérable.

Dans une certaine mesure, nous payons le prix du succès de notre régime. Nous en faisons plus, nous en accomplissons plus que jamais auparavant dans le réseau de la santé. Nous y consacrons plus d'argent, mais cela donne des résultats. Ce n'est pas forcément une mauvaise chose. La discussion vise à déterminer à quoi il faut attribuer les ressources en priorité.

Pour ce qui est d'un impôt spécial et de revenus réversés à la santé, j'aimerais qu'il y ait une certaine possibilité d'amasser et de gérer, tout au moins, ces revenus spéciaux à l'échelon local. Je me soucie toujours de ce qu'on recherche des approches provinciales et nationales en vue de régler un problème. Le cadre doit être national, et provincial, dans certains cas. Tout de même, nous voulons nous assurer de ne pas freiner l'innovation et la souplesse

whether they are arm's length from government or government themselves. It is difficult for them to be nimble and responsive to the local community.

I think Canadians would pay dedicated taxes and would accept the raising of revenues at the local level, as long as they can see them going into health services and producing very tangible results such as improved access.

The Chairman: Would you give me some illustrative examples of revenue raised at the local level? In your opening statement, as I recall, you made an oblique observation that, for example, one could build a new institution and pay for it by having some portion of the procedures carried out there service people who did not live in Canada. Is that what you mean by raising revenue at the local level?

Mr. Davis: There is a combination of things we have not looked at. Again, as Canadians, we are generally happy to give away whatever we have of value. Sometimes we even "buy the stamp," as we say. There are things that we have to start doing. We provide a great deal of training and expertise internationally. We should be charging for that.

The Chairman: In terms of training foreign doctors?

Mr. Davis: Foreign physicians, health care providers. They are in Canada all the time, learning from our expertise at very little or no cost, and that is often not reciprocated, especially south of the border.

There is a lot of opportunity to move into the wellness area. It is unregulated now. I know it is controversial, but I think there is a big opportunity in the area of wellness scanning and programming associated with wellness. There is a big opportunity to work with companies and corporations in the mental health area. We must move into some of those fields. We cannot leave all the revenue generation to the private sector. We have to start joint ventures and get into some of that action ourselves in order to raise revenue.

We need to look at some of the more complex areas. Clearly we have a superior system in terms of quality, so why would we not look at providing services to uninsured individuals, probably mostly Americans, in a way that would generate revenue both for our providers and for the publicly funded system? We need to get full cost recovery from our WCBs. We have largely allowed the insurance industry a free ride at the expense of publicly funded health care.

localement en instaurant de grandes entreprises bureaucratiques, qu'elles soient indépendantes des pouvoirs publics ou non. Les pouvoirs publics ont de la difficulté à demeurer souples et à s'adapter à la collectivité locale.

Je crois que les Canadiens payeraient un impôt spécialement affecté et qu'ils accepteraient que des recettes soient générées localement, dans la mesure où ils voient bien que l'argent est investi dans les services de santé et qu'il produit des résultats très concrets, par exemple une amélioration de l'accès.

Le président: Pouvez-vous me donner des exemples pour illustrer la génération de recettes à l'échelon local? Dans votre déclaration d'ouverture, si je ne m'abuse, vous avez fait référence indirectement à la possibilité, par exemple, de construire un nouvel établissement et d'en assurer le financement en pratiquant une part des interventions sur des gens qui ne vivent pas au Canada. Est-ce cela que vous voulez dire quand vous parlez de générer des recettes à l'échelon local?

M. Davis: Il y a une combinaison d'éléments que nous n'avons pas étudiés. Encore une fois, en tant que Canadiens, nous sommes heureux, généralement, de brader ce que nous avons de valeur. Parfois, il nous arrive même de «payer le transport». Il faut commencer à agir sur ce front. Nous sommes très présents pour ce qui est de fournir de l'information et de l'expertise sur le plan international. Nous devrions exiger un bon prix pour cela.

Le président: Vous parlez de la formation des médecins étrangers?

M. Davis: Les médecins, les fournisseurs de soins de santé étrangers. Il y en a toujours au Canada qui profitent de notre expertise en échange d'une modeste somme d'argent, sinon gratuitement, et souvent le geste réciproque ne vient pas, surtout quand on pense à nos voisins du Sud.

Il y a beaucoup à faire dans le dossier du mieux-être. Il n'y a pas de réglementation pour l'instant. Je sais que c'est une question controversée, mais il y a beaucoup à faire dans le domaine des examens de mieux-être et des programmes associés au mieux-être. Il y a beaucoup à faire pour ce qui est de la collaboration possible avec les entreprises et les grandes sociétés dans le domaine de la santé mentale. Nous devons nous engager dans certains de ces domaines. Nous ne pouvons laisser toujours la génération de recettes au secteur privé. Nous devons lancer des projets de coentreprise et nous lancer dans ce domaine pour générer des recettes.

Nous devons étudier certains des secteurs plus complexes. Sans nul doute, nous avons un régime supérieur pour ce qui est de la qualité, alors pourquoi ne pas envisager de fournir des services à des personnes non assurées — ce sera probablement des Américains, pour la plus grande part — d'une façon qui générerait des recettes pour nos fournisseurs aussi bien que pour le régime public? Nous devons obtenir le recouvrement intégral des coûts du côté des accidents du travail. Pour une grande part, nous avons permis à l'industrie de l'assurance de profiter sans payer du réseau public de la santé.

We need to have full cost recovery. If we are to run this thing more like a business, we have to shore up the revenue side. Most businesses, while they look at cost cutting, also look at revenue when they develop their future business plans. Our focus in health care has traditionally been on cost cutting, productivity gain and efficiencies. We must take a more balanced approach.

We may also have information that has the potential to generate revenue. We have to look at that again. We cannot be giving everything away. When you give something away, you sometimes send a message that it does not have much value, so why would people be interested in it?

We have to look at a range of things. There is a market for many of these products and services, and the credibility of regional health authorities and regional hospital systems that put their name on this information and these services gives us a competitive advantage. Whether we deliver something ourselves or through a joint venture, we need to look at the best business model for whatever location happens to be looking at the options, but they are there.

The Chairman: You are saying that in looking at some of the non-insured services, wellness services and so on, a fitness centre brought to you by the Ottawa Heart Institute would have greater credibility than some others?

Mr. Davis: Maybe not a fitness centre per se, but a full wellness work-up, including some high-end diagnostics, and then a referral to a group of fitness centre trainers who have been approved by the Ottawa Heart Institute. That kind of package is attractive. We know that kind of package is being sold now. Do we want to share in that revenue? Do we want the publicly funded health care system to benefit from that? We should only be raising revenue as a return on our capital investment to improve the system. We are not raising revenue for profit or for shareholders, but to benefit the public.

The Chairman: You are raising the revenue for reinvestment in the system, and therefore it would be important that it not go back to provincial coffers.

Dr. Vertesi: I agree with much of what Mr. Davis said, and in fact we have discussed some of this. We have to be careful not to use words such as "profit," but rather words like "surplus." That implies that it is not our money to keep. We reinvest it.

I agree we need more money in the system. I think almost everyone agrees with that. It is useful to look at extra money in two different sectors. One is money for capital investment, and the other is money targeted specifically for operations related to

Nous devons instaurer un recouvrement intégral des coûts. S'il faut mener la barque davantage à la manière d'un entrepreneur, il faut mieux s'occuper du côté «revenu». La plupart des entreprises, pendant qu'elles cherchent à réduire les coûts, regardent aussi du côté des revenus pour élaborer leur futur plan d'affaires. De tradition, dans le domaine de la santé, nous avons cherché à réduire les coûts, à augmenter la productivité et l'efficacité. Nous devons adopter une approche plus équilibrée.

De même, nous disposons peut-être d'informations susceptibles de générer des recettes. Nous devons étudier cette question à nouveau. Nous ne pouvons tout donner. Quand on donne quelque chose, on fait parfois voir que cette chose n'a pas beaucoup de valeur, alors pourquoi les gens s'y intéresseraient-ils?

Nous devons envisager toutes sortes de mesures. Il existe un marché pour un grand nombre des produits et services en question, et la crédibilité des administrations régionales de la santé et des réseaux régionaux d'hôpitaux qui «signent» cette information et ces services nous donnent un avantage concurrentiel. Que nous prenions en charge nous-mêmes l'exécution ou qu'il s'agisse d'un projet conjoint, nous devons rechercher le meilleur modèle de fonctionnement possible pour l'endroit où on se trouve à envisager les options, mais tout cela existe.

Le président: Vous êtes en train de dire que pour ce qui touche certains des services non assurés, des services de mieux-être et ainsi de suite, un centre de conditionnement physique qui ait l'appui de l'Institut de cardiologie d'Ottawa aurait une crédibilité plus grande que certains autres?

M. Davis: Peut-être pas un centre de conditionnement physique, mais un examen de mieux-être complet, comprenant certaines épreuves de diagnostic de premier ordre puis la recommandation d'un groupe d'entraîneurs d'un centre d'entraînement qui ont reçu l'approbation de l'Institut de cardiologie d'Ottawa. Ce genre d'ensemble est intéressant. Nous savons que c'est un forfait qui est actuellement en vente quelque part. Est-ce que nous voulons une part de ces recettes? Est-ce que nous voulons que le réseau public que la santé en bénéficie? Nous devrions seulement amasser des revenus en tant que rendement sur notre investissement de capital pour améliorer le régime. Nous n'amassons pas des fonds pour un but lucratif ou pour des actionnaires, mais plutôt pour que cela profite au public.

Le président: On génère des recettes en vue de les réinvestir dans le régime; par conséquent, il serait donc important que cela ne retourne pas dans les coffres des provinces.

Le Dr Vertesi: Je suis d'accord avec une bonne part de ce que M. Davis a dit, et, de fait, nous en avons quelque peu discuté. Il faut faire attention au choix de termes, et parler de «surplus» plutôt que de «profit». Cela veut dire que l'argent ne nous revient pas. Nous réinvestissons l'argent.

Je suis d'accord pour dire qu'il faut investir plus d'argent dans le réseau. Je crois que tout le monde est d'accord sur ce point. Il est utile d'étudier les sources possibles de fonds dans deux secteurs différents. Le premier concerne l'investissement de capitaux, et

work done. We are under-capitalized in health care in Canada, and it is largely because in the public model, we are trying to cut back, and these are big expenses.

At the same time, we do not necessarily do a good job when we do invest capital. We still have a vacant building in Vancouver 10 years after it was built for Vancouver General Hospital. That was a huge amount of money.

The Chairman: Why is it not used?

Dr. Vertesi: Because once it was built, we went into a cost-cutting phase, and could not afford to staff and run it.

The Chairman: Ottawa once bought a machine that sat around in a crate because there was no money to operate it.

Dr. Vertesi: This is a huge eyesore in Vancouver. It is a testament to the fact that government does not always get these things right.

At any rate, the other problem with attracting capital is that the hospitals run on global budgeting, and global budgets never attract capital; service-based budgets do. For an example, I can cite the laboratory systems. In British Columbia, and perhaps it is the same in other provinces, we pay labs to provide the services, and therefore the government does not have to build all the labs. We attract a huge amount of outside money for building labs and operating the services. The government sets the rates and only pays for the services provided. Some private clinics are operating that way. Doctors' offices are an excellent example of a way that fee for service can attract outside capital to build facilities, and they can be operated independently. The services that government really wants and is willing to pay for are provided. We do not do this with hospitals, and we should.

The other side is public revenue in the form of general taxes that come into the health care system. I believe that the public is prepared to put more money into their public health system, but not into taxes that go into general revenue. It is a trust issue. The record on governments taxing people and then ensuring that money goes into designated services is not good, or at least certainly the perception is that it is not good. The trust has been broken. People do not want to give money to governments and have it just disappear. They are prepared to do so if they are assured that the money will go into health care, and especially into health care in their local area. This has not been sufficiently tapped.

l'autre a rapport à l'argent prévu particulièrement pour des opérations relatives à des travaux accomplis. Il y a une sous-capitalisation de la santé au Canada, et, pour une bonne part, c'est parce qu'il s'agit d'un modèle public, que nous essaierons d'apporter des compressions et que ce sont des dépenses très importantes.

En même temps, nous n'investissons pas forcément nos capitaux avec la plus grande rigueur. Il y a encore à Vancouver, dix ans plus tard, un bâtiment vide qui était destiné à devenir le Vancouver General Hospital. Une somme d'argent énorme a été investie.

Le président: Pourquoi le bâtiment est-il vide?

Le Dr Vertesi: Parce qu'une fois le bâtiment construit, nous avons commencé à réduire les coûts, et nous n'avions pas les moyens d'y affecter du personnel et de le faire fonctionner.

Le président: Ottawa a déjà acheté une machine qui est demeurée dans la boîte parce qu'il n'y avait pas d'argent pour la faire fonctionner.

Le Dr Vertesi: Il y a ce bâtiment qui fait de la peine à voir à Vancouver. Cela montre bien que le gouvernement n'est pas infaillible pour ces choses.

De toute manière, l'autre difficulté pour ce qui est d'attirer des capitaux, c'est que le fonctionnement des hôpitaux repose sur un budget global; or, les budgets globaux n'attirent jamais de capitaux; les budgets de services en attirent. Par exemple, il y a les réseaux de laboratoires. En Colombie-Britannique, et c'est peut-être la même chose dans d'autres provinces, nous versons de l'argent aux laboratoires pour qu'ils nous fournissent les services requis; de ce fait, le gouvernement n'a pas à construire tous ces laboratoires. Nous attirons des sommes d'argent énormes pour la construction de laboratoires et la prestation de services. Le gouvernement fixe les tarifs et ne paie que les services fournis. Certains centres de santé privés fonctionnent de cette façon. Les cabinets de médecins constituent un excellent exemple de la façon dont la rémunération à l'acte peut attirer des capitaux extérieurs pour la construction d'établissements, et ils peuvent fonctionner indépendamment. Les services que le gouvernement souhaite obtenir et pour lesquels il est prêt à payer sont fournis. Nous ne procédons pas de la même façon avec les hôpitaux; or, nous devrions.

L'autre aspect de la question concerne les recettes publiques qui prennent la forme de recettes fiscales générales investies dans le réseau de la santé. Je crois que le public est prêt à investir plus d'argent dans son réseau public de la santé, mais pas pour des taxes qui font partie des recettes générales. C'est une question de confiance. Le bilan des administrations gouvernementales qui imposent le revenu des gens, puis garantissent que l'argent recueilli sera consacré à certains services désignés n'est pas reluisant — tout au moins c'est la perception. Le lien de confiance a été rompu. Les gens ne veulent pas donner de l'argent aux pouvoirs publics et constater que celui-ci ne fait que disparaître. Ils sont prêts à le faire si on les rassure sur le fait que l'argent ira aux soins de santé, et surtout aux soins de santé locaux. C'est une voie que nous n'avons pas suffisamment exploitée.

This goes back to what we talked about earlier, which is an arm's-length agency that can be seen to be trusted with that money. That money is going where people can see it, and not into general coffers. It is another reason why such an arm's-length agency to run health care is important.

Even if we are successful in raising more money, let's not delude ourselves into thinking it will be enough. Even in the States, where they have a lot more money, they do not have enough. I think the important thing is not that the public perceives it to be enough, but that we are providing care to people. Right now, we are not just making people wait, we are actually denying care to many, and that is the truth.

Mr. Forget: I do not have a lot to add to what Mr. Davis and Dr. Vertesi have just said, because I agree with their remarks.

Earmarked levies are the only feasible way to raise additional revenue. I do not think I would use them just from the incremental aspect, because some of the basic funding could be done in this way as well. Otherwise, it creates a misleading impression that the entire cost of the health system is borne by a very small levy, which itself creates a problem.

One important issue of principle — it goes back to what Dr. Vertesi was just saying — is that even with additional money, the problem of scarce resources will not disappear. My approach would be that we have to look at our public commitment to health as finite — although perhaps greater than it is now. In other words, Canadians, through their governments, have to make up their minds — and this may evolve over time — that they want to put this amount of resources into health and no more, and then recognize the consequences of that.

In what way would that be different? Presently, the system is being driven the other way, with the implicit promises from governments that everything is provided; it is a universal system that is portable and comprehensive, which gives the impression that the resources are unlimited. The implicit promise is that whatever technology, new requirements or new expectations emerge, they are covered, and therefore, expenditure determines revenue requirements.

I believe we have to say that our economy and our collective will, in terms of devoting public resources to health care, has a finite limit. We need a system in which for some segments of health services, we do not necessarily say that we will not cover them at all, but we will cover them at a lower rate. In other words, the public has to share in the notion that there are certain things that you will not fund 100 per cent. That has to be made more explicit, otherwise I believe that the disparity between the implicit promise of the system and what it delivers will continue. That is, not only the resource gap, but also the credibility gap, will

Cela nous ramène à ce dont il était question plus tôt, soit un organisme indépendant à qui l'argent peut être confié sans crainte. L'argent va où les gens peuvent le voir et non pas dans le Trésor général. C'est une autre des raisons pour lesquelles un organisme indépendant chargé de faire fonctionner le réseau de la santé est important.

Même si nous parvenons à amasser plus d'argent, ne nous faisons pas d'illusion en croyant que cela suffira. Même aux États-Unis, là où il y a beaucoup d'argent, les fonds manquent. Ce qui est important, à mon avis, c'est non pas que le public perçoive cela comme étant suffisant, mais plutôt que nous fournissions des soins aux gens. En ce moment, non seulement nous faisons attendre les gens, mais nous leur refusons les soins dans de nombreux cas, et c'est la vérité.

M. Forget: Je n'ai pas beaucoup à ajouter à ce que M. Davis et le Dr Vertesi viennent de dire, car je suis d'accord avec leurs remarques.

Les prélèvements spéciaux représentent la seule façon viable de générer des recettes supplémentaires. Je crois que j'y recourrais non seulement pour l'aspect progressif, mais aussi parce qu'une certaine part du financement de base pourrait fonctionner de cette façon. Sinon, on crée une impression erronée, soit que les coûts intégraux du réseau de la santé proviennent d'un très petit prélèvement, ce qui, en soi crée un problème.

Une question de principe importante — cela renvoie à ce que le Dr Vertesi vient de dire —, c'est que même sans fonds supplémentaires, le problème des ressources rares ne disparaît pas. Mon approche, c'est que nous envisagerions notre engagement public envers la santé comme étant limité — même si ce serait peut-être un peu plus important que ce l'est à l'heure actuelle. Autrement dit, les Canadiens, par le truchement de leurs pouvoirs publics, doivent se décider — et il y aura peut-être une certaine évolution au fil du temps — souhaitent-ils mettre telle part de ressources dans la santé et rien de plus, et reconnaître les conséquences de cette décision?

En quoi cela serait-il différent? À l'heure actuelle, c'est l'inverse qui est l'élément moteur du système; les pouvoirs publics laissent entendre que tout est fourni; que c'est un régime universel qui est transférable et complet, et cela donne l'impression que les ressources sont illimitées. Une chose est promise implicitement: quelle que soit la technologie, les exigences ou les attentes nouvelles qui puissent se présenter, c'est prévu et, par conséquent, ce sont les dépenses qui déterminent les exigences en revenus.

Je crois que nous devons dire que notre économie et notre volonté collective — pour ce qui est de consacrer des ressources publiques à la santé — ont une limite. Nous avons besoin d'une formule où, pour certains segments des services de santé, nous décidons de ne pas forcément tout couvrir, mais nous allons couvrir les éléments visés à un tarif moins élevé. Autrement dit, le public doit adhérer à la notion selon laquelle il y a certains éléments qui ne seront pas financés à 100 p. 100. Il faut expliciter cela, sinon je crois que la disparité entre la promesse tacite qui est associée au régime et ce qui est offert dans les faits se maintiendra.

continue, undermining the entire system. Therefore, revenue must determine expenditure, and not the other way around. We presently have it the wrong way around.

Mr. Lozon: I agree with what everyone has said so far and I have a couple of other observations. The reason you would want a dedicated levy for health is, in part, to protect other public services from health care, because it is essentially swallowing up provincial revenue streams at a great rate. Not only do you want to be able to be accountable for the dollars that are raised, but you also want to ensure that people do not go wanting in areas such as higher education, public education, roads and social services because of the health care requirement.

Next, I would add that in Great Britain, most of the new facilities are being built under a private financing initiative, where they are actually built, owned and operated by private consortiums, and the regional health authorities, as occupiers, are essentially tenants.

I will take a divergent view here. When you take the notions of a private insurance system and user fees out of the discussion, you are left inevitably with the question of tax increases, whether dedicated or not. I would like to raise this: Why not allow individuals to purchase health insurance that would provide them with another level of care, as long as we Canadians continue to provide the social safety net of which we are enormously proud? The record of the organization of which I am president is 110 years of unrequited service to the most disadvantaged in our society. Why not allow individuals who have the wherewithal to say, "I do not want to have to wait six months for my hip replacement," to buy that service?

The Chairman: That is a legitimate point of view. What you mean by "another level of care" is essentially a parallel system of some kind. Would you see that service being provided at the same institution that provides service to publicly funded patients, or in a separate one?

Mr. Lozon: You would have to be careful about how and where you provided it. To some extent, what Mr. Davis was talking about, providing excellent care and services to people from the United States, is not a fundamentally different concept. That would be offered to people from outside our country, while people inside would not be able to get it.

C'est-à-dire que non seulement le manque de ressources, mais aussi le manque de confiance va continuer à miner le régime entier. Il faut donc que ce soit les recettes qui déterminent les dépenses et non pas l'inverse. En ce moment, nous avons cela à l'envers.

M. Lozon: Je suis d'accord avec ce que tout le monde a dit jusqu'à maintenant, et j'ai quelques observations à formuler moi-même. Si on voulait d'un prélèvement spécial pour la santé, en partie, ce serait pour protéger d'autres services publics de la santé, parce que celle-ci, essentiellement, est en train d'avaler goulûment toutes les autres recettes des provinces. Non seulement on veut pouvoir rendre compte de l'argent amassé, mais également on veut s'assurer que les gens ne souffrent pas d'un manque dans d'autres domaines comme l'enseignement supérieur, l'éducation publique, les routes et les services sociaux, compte tenu des exigences de la santé.

Ensuite, j'ajouterais que, en Grande-Bretagne, la plupart des nouvelles installations se construisent grâce à une nouvelle initiative privée de financement; ce sont des consortiums du secteur privé qui se chargent, de fait, de la construction et du fonctionnement de l'ensemble et qui en sont les propriétaires. Les administrations régionales de la santé occupent les locaux; essentiellement, ce sont des locataires.

Je vais adopter ici un point de vue divergent. S'il n'est plus question d'une assurance privée et de frais d'utilisation, inévitablement, il reste la question des augmentations d'impôt, que ce soit un impôt spécialement affecté ou non. Je soulèverais la question suivante: pourquoi ne pas permettre aux gens qui le veulent de contracter une assurance-santé qui leur accorderait un niveau de soins autre, dans la mesure où, en tant que Canadiens, nous continuerons d'avoir en place le filet de sécurité sociale dont nous sommes incroyablement fiers. Le bilan de l'organisation dont je suis président — elle existe depuis 110 ans — laisse voir un service offert sans contrepartie aux personnes les plus défavorisées de notre société. Pourquoi ne pas permettre aux personnes qui ont ce qu'il faut pour dire: «Je ne veux pas attendre pendant six mois pour un remplacement de la hanche» d'acheter le service en question?

Le président: C'est un point de vue légitime. Quand vous parlez d'un «autre niveau de soins», essentiellement, vous parlez d'un système parallèle sous une forme ou une autre. Entrez-vous que le service en question serait fourni au même établissement qui fournit le service aux malades du régime public, ou est-ce que ce serait un établissement distinct?

M. Lozon: Il faudrait faire attention à la manière de fournir le service et à l'endroit choisi. Dans une certaine mesure, ce dont M. Davis parlait — fournir d'excellents soins et d'excellents services aux gens des États-Unis — ne revient pas à quelque chose de fondamentalement différent. Ce serait là offrir un service à des gens qui ne vivent pas au pays, alors que les gens du pays ne pourraient les obtenir.

Senator Morin: I do not think Mr. Lozon answered the question. Would you have these services in separate hospitals? The British system has separate, private hospitals. The Swedes have private insurance, but 10 years ago they did not have private hospitals.

Mr. Lozon: I did not answer it directly because I do not really know the answer. I would proceed from the premise that all people should have access to care, and then where this other level of service is provided would be determined by what would do the least harm, or no harm, to the first principle.

Mr. Davis: One of the fundamental prerequisites for providing that enhanced level of care — and I agree with it, by the way, and I agree it is not dissimilar to selling services to third-party payers from outside the country — is there would have to be a guarantee of maximum wait times for the publicly funded system. If you want to get your hip done in a week and a half because you want to be ready for the golf season, that cannot be at the expense of somebody in the publicly funded system, who has to wait longer. We need to get our heads around moving to more open access or guaranteed maximum wait times, and then we can layer in enhanced levels of service and selling services to third-party payers.

I think a mix of private/public delivery facilitates those enhanced-level services to the third-party payers, because some of that private side, and even some of the public side, may be financed by the revenue generated. That will create more volume and more activity in the system. It would probably create a greater critical mass of providers. There is a great deal of benefit for the publicly funded system. To not consider that thoughtfully is probably a major error. I know the committee has touched on the topic and thought it through. I congratulate you on that.

Mr. Scott: I would not encourage any parallel private activity because the primary beneficiaries of that are also the people who drive the political system most effectively. They could then save money in health care because the drivers are well taken care of. That is not what I wanted to talk about.

The Chairman: That was simply an aside.

Mr. Scott: Absolutely. I believe that there ought to be a hierarchy, beginning with long-term, stable funding for what we are attempting to do now in the system. Then the next part is the catching up. I suspect Mr. Lozon has better numbers than I, but there is no question that we lost ground on many of the basics in the 1990s because of the substantial cutbacks and reforms that tended to put us behind in a number of areas. That may not be a long-term expense.

There are also items that I believe have not been dealt with, such as information. Mr. Lozon referred to the amount of money that has been set aside to work on the electronic health record. Management information in the health system is absolutely crucial. I see no evidence that any government has ever felt that it

Le sénateur Morin: Je ne crois pas que M. Lozon ait répondu à la question. Est-ce que ces services seraient fournis dans des hôpitaux distincts? Le régime britannique compte des hôpitaux distincts, privés. Les Suédois ont une assurance privée, mais il y a dix ans, ils n'avaient pas d'hôpitaux privés.

M. Lozon: Je n'ai pas répondu directement à la question parce que je ne connais pas la réponse à la question. Je me donnerais pour prémisse que tous les gens ont le droit d'accéder aux soins, et les cas où cet autre niveau de services s'applique serait fonction de ce qui transgresse le moins le premier principe, sinon pas du tout.

M. Davis: Une des premières conditions fondamentales pour que ce niveau de soins améliorés puisse être fourni — et je suis d'accord, soit dit en passant et je conviens que cela s'apparente à la vente de services à des tiers payeurs de l'extérieur du pays —, c'est qu'il y aurait une garantie de délai maximal pour le régime public. Si vous souhaitez être opéré à la hanche dans un délai d'une semaine et demie parce que la saison de golf approche, cela ne peut se faire au détriment d'un patient du réseau public, qui aurait à attendre davantage. Il faut se faire à l'idée de passer à un régime où l'accès est élargi et où le temps d'attente maximal est garanti, puis il sera possible d'ajouter des niveaux de services améliorés et de vendre des services à des tiers payeurs.

Je crois qu'une combinaison réseau privé-réseau public facilite la prestation des services à niveau amélioré en question à l'intention de tiers payeurs, parce que les recettes générées permettraient de financer une partie du côté privé, voire une partie du côté public. Cela déboucherait sur un plus grand volume et sur une plus grande activité à l'intérieur du régime. Il en résulterait probablement une plus grande masse critique de fournisseurs. Il y a là un avantage considérable pour le réseau public. Refuser d'étudier la question rigoureusement serait probablement une grande erreur. Je sais que le comité a abordé le sujet et y a réfléchi mûrement. Je vous en félicite.

M. Scott: Je n'encouragerais pas d'activité privée parallèle parce que les principaux bénéficiaires sont aussi les gens qui font tourner le plus efficacement les rouages du système politique. Ils pourraient alors économiser de l'argent en santé parce que la question des éléments moteurs serait bien réglée. Ce n'est pas de cela que je voulais parler.

Le président: C'était simplement une parenthèse.

M. Scott: Tout à fait. Je crois qu'il devrait y avoir une hiérarchie, à commencer par un financement stable et à long terme de ce que nous essayons maintenant de faire dans le cadre du régime. Ensuite, il y a le retard à rattraper. Je présume que M. Lozon dispose de meilleures statistiques que moi, mais, cela ne fait aucun doute, nous avons perdu du terrain pour nombre d'indicateurs de base durant les années 90, en raison des compressions et réformes importantes qui ont eu tendance à nous faire perdre du terrain dans plusieurs secteurs. Ce n'est peut-être pas d'une dépense à long terme dont il s'agit.

Il y a également des aspects dont nous n'avons pas traité, par exemple l'information. M. Lozon a parlé des sommes d'argent mises de côté pour le fichier électronique de la santé. La gestion de l'information dans le réseau de la santé représente une question absolument capitale. Je ne vois pas quoi que ce soit qui prouve

should invest any money in it. In fact, I presume that some have a policy somewhat like Ontario's, which is that there is no money for management of information — you have to find that yourself.

Thus, we remain in the dark ages on information. That will continue, without some dedicated funding, simply because there is absolutely no public appreciation of the value of information systems as opposed to an extra ambulance, a new wing on a hospital or a new cardiac catheter program in a certain institution. That thinking is so well entrenched in our system that we will never be able to learn many of the things we should know if we are to run a much more efficient system without dedicated money for information systems. I would put that as my highest priority.

My second-highest priority is to tackle home care and drugs because they are so interrelated with everything else. As long as there is no effort or coordination in that direction, we will have trouble working effectively with the traditional hospital-doctor mix.

As to the specific form of revenues, I already touched on that in my remarks. They have to be dedicated, and the GST is a very good test, because if people want to pay for it, they will notice it every day. I just read about the C.D. Howe proposal yesterday and am still dealing with it. However, I urge the members of this committee to look at it more closely. There are numerous instruments that could be used within that type of formula that might prove to be attractive, although I am not prepared to endorse it at this time. It is quite creative and provides the opportunity to address a number of the items on the list.

The Chairman: As an observation, the C.D. Howe proposal essentially says that at the end of each calendar year, you receive a statement from the government that says you are deemed to have had additional income that is equal to the total costs of the health care treatment you received during the year, up to 3 per cent of your income. It is interesting that the structure of the proposal dates back to 1961, when the idea of a national health care system was first raised. Subsequently, that feature was dropped. It goes back 30 or 40 years.

Dr. Kenny: I will say two things. On wellness scanning, I would like to ask a question of Mr. Lozon, if I may.

Let us be careful, when we find things to sell that are not covered, that they do not conflict with our deep desire to ensure that whatever we provide is evidence based. We can sell anything to anyone in the name of health care, and “wellness screening” is causing hives to break out all over my body. We have to be careful that in the name of one goal, we do not compromise

qu'un gouvernement quelconque n'a jamais estimé qu'il fallait investir là-dedans. De fait, je présume que certains ont une politique qui s'apparente à celle de l'Ontario, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'argent pour la gestion de l'information — vous devez trouver des fonds vous-même.

Par conséquent, nous en sommes encore à l'âge des ténèbres sur le plan de l'information. Cela demeurera, s'il n'y a pas de fonds prévus particulièrement pour cela, simplement parce que le public n'accorde pas du tout de valeur aux systèmes d'information, si on compare cela à des services ambulanciers supplémentaires, à la nouvelle aile d'un hôpital ou à un nouveau programme de cathéter cardiaque quelque part. Cette façon de penser est si bien enracinée dans notre réseau que nous n'allons jamais être en mesure d'apprendre nombre des choses que nous devrions apprendre, si nous souhaitons avoir un réseau beaucoup plus efficace, s'il n'y a pas d'argent pour les systèmes d'information en particulier. J'y accorderais la toute première place dans mon ordre de priorité.

La deuxième place irait aux soins à domicile et aux médicaments parce qu'ils sont très étroitement liés à tout le reste. Tant qu'il n'y a pas d'effort ou de concertation en ce sens, nous allons avoir de la difficulté avec la combinaison classique hôpital-médecin.

Quant aux formes particulières de recettes, j'ai déjà abordé la question durant mes remarques préliminaires. Il doit s'agir de sommes réservées, et la TPS serait un très bon terrain d'essai, parce que si les gens veulent payer, ils le remarqueront chaque jour. Je viens de prendre connaissance hier de la proposition de l'Institut C.D. Howe, et j'en suis encore à l'analyser. Tout de même, j'invite vivement les membres du comité à l'étudier de plus près. Ce genre de formule fait intervenir de nombreux instruments qui pourraient se révéler intéressants, mais je ne suis pas prêt à donner mon appui pour l'instant. C'est une formule très créative qui donne l'occasion de s'attaquer à plusieurs des éléments qui figurent dans la liste.

Le président: Je le dis à titre d'information, la proposition de l'Institut C.D. Howe dit essentiellement qu'à la fin de chaque année civile, le particulier reçoit du gouvernement un relevé qui dit qu'il a eu un revenu additionnel égal au coût total des traitements du réseau de la santé reçus durant l'année, jusqu'à 3 p. 100 du revenu. Il est intéressant de noter que la structure de la proposition remonte à 1961, à l'époque où l'idée d'un réseau national de la santé a d'abord été soulevée. Ensuite, c'est une caractéristique qui a été mise de côté. Cela remonte à 30 ou 40 ans.

La Dre Kenny: Je dirai deux choses. À propos des examens de mieux-être, j'aimerais poser une question à M. Lozon, si vous le permettez.

Prenons garde — quand nous avons des choses à vendre qui ne sont pas assurées — de ne pas aller à l'encontre de la volonté profonde que nous avons de nous assurer que nos services reposent toujours sur des données probantes. Nous pouvons vendre n'importe quoi à n'importe qui en parlant de soins de santé, et quand j'entends le terme «examen de mieux-être», cela

something that is a much more fundamental. That is a small aside, but you can think of all kinds of things that could stem from that. Wellness scanning and other such activities are scary.

Mr. Davis: I would not disagree with that.

Dr. Kenny: The more active you become in that area, the more concepts there are that could compromise other things. That is all I am saying. Obviously I am not an entrepreneur.

I was extremely happy that, in contrast to the Mazankowski report, volume 5 did not recommend medical savings accounts, user fees or a parallel private system. My reading of the literature is such that I would ask Mr. Lozon what goal he thinks parallel private insurance would achieve? I thought that the three kinds of goals we might look at were sustainability of the universal health care system, cost containment and the challenge to equity that I mentioned earlier. What goal would a parallel private system most likely achieve?

Mr. Lozon: I would think that a parallel private system might achieve enhanced access.

Dr. Kenny: — access to what?

Mr. Lozon: — to a system of health care services. It could achieve that enhanced access, but perhaps just for some. Should we say that it cannot be for all? That is the corollary.

Dr. Vertesi: We finally come to the crux of what has been nailing us down for 30 years. I am sure we could spend a whole day on this issue alone, and perhaps that is warranted, but we do not have one full day. I support what Mr. Lozon said, and I think a second level is also important. However, there are dangers and a second level would have to be kept in balance. Having said that, I believe that we are the only country in the world that still actively disallows any second level. That has to give us some kind of message. What would be the advantages?

There is an immediate apparent advantage in terms of attracting more money into the system. We talked about that already. The second is that those people who are willing to pay are taken out of the queue. We have looked at those issues before. Is that really better? Yes, and it is also better for others if the ones who are paying are paying more than their share. For example, if they are paying twice the usual fee for their hip operation, and if that extra money were used to help someone else who needed that operation, would it meet our objectives? Yes, it would. That depends on our knowing how much a hip operation really costs, which is another problem.

The real advantage to a second, parallel system has not been touched upon. A parallel system is the only way to provide us with a reality check, so our public health system knows when we

me donne des boutons. Il faut prendre garde de ne pas compromettre, en vue de favoriser la réalisation d'un objectif, une autre chose qui est nettement plus fondamentale. C'est une petite parenthèse, mais on peut croire qu'il y a toutes sortes de choses qui découleraient de cela. Les examens de mieux-être et autres activités du genre font peur.

M. Davis: Je ne suis pas en désaccord avec ça.

La Dre Kenny: Plus on est actif dans le domaine, plus il y a de concepts qui sont susceptibles de compromettre d'autres choses. C'est tout ce que je dis. Évidemment, je ne suis pas entrepreneur.

Je suis extrêmement heureuse de savoir que, contrairement à ce qui est dit dans le rapport Mazankowski, le volume 5 ne recommande pas de comptes d'épargne médicales, de frais d'utilisation et de réseau privé parallèle. La lecture que je fais de la documentation m'amène à poser à M. Lozon une question: Quel objectif est-ce qu'une assurance privée parallèle permettrait d'atteindre? Je croyais que les trois types d'objectifs que nous pouvions envisager étaient la viabilité à long terme du réseau universel de la santé, la restriction des coûts et l'équité dont j'ai parlé plus tôt. Quel serait le but que permettrait le plus vraisemblablement d'atteindre un système parallèle privé?

M. Lozon: Je présumerais qu'un système privé parallèle permettrait peut-être d'améliorer l'accès...

La Dre Kenny: ... l'accès à quoi?

M. Lozon: ... à un régime de services de santé. Il pourrait permettre d'en arriver à un accès amélioré, mais peut-être pour certaines personnes seulement. Est-ce que nous devrions dire que cela ne peut se faire pour tous? Voilà la question corollaire.

Le Dr Vertesi: Voilà que nous abordons enfin le nœud du problème qui nous empêche d'avancer depuis 30 ans. Je suis sûr que nous pourrions consacrer une journée entière à cette seule question, et peut-être que cela se justifie, mais nous n'avons pas de journée entière à notre disposition. J'appuie les propos de M. Lozon, je crois qu'un deuxième niveau est aussi important. Tout de même, il y a là des périls et il faudrait appliquer un contrepoids au deuxième niveau. Cela dit, je crois que notre pays est le seul au monde qui interdise encore formellement tout deuxième niveau. Il y a sûrement un message là-dedans. Quels en seraient les avantages?

Il y a là un avantage immédiat et apparent pour ce qui est d'attirer plus de fonds. Nous en avons déjà discuté. Le deuxième avantage, c'est que les gens qui sont prêts à payer sortent de la file d'attente. Ce sont des questions que nous avons déjà étudiées. Est-ce vraiment mieux? Oui, et c'est mieux pour d'autres si ceux qui payent assument plus que leur part. Par exemple, s'ils payent deux fois le tarif habituel pour une opération à la hanche et que l'argent supplémentaire sert à financer l'opération pratiquée sur quelqu'un d'autre qui en a besoin, nos objectifs seraient-ils atteints? Oui, ils le seraient. Pour cela, il faudrait que nous sachions ce que coûte vraiment une opération à la hanche, ce qui représente un autre problème.

Le véritable avantage d'un deuxième système, un système parallèle, n'a pas été évoqué. Un système parallèle représente la seule façon pour nous d'avoir l'heure juste, pour que les

are out of touch with what people really want, what the quality should be and what the cost should be. Otherwise, we are working inside closed walls and we have no idea. If I were a politician with a Machiavellian bent who did not want people to know that they could have something better, then that is exactly what I would do. I would say that I would not allow anything else, because otherwise, the people might get a taste of something better. We can get away with that for a while, but it catches up with us eventually. It has caught up with us after 30 years.

The problem is not so much that we are confining people, but that we ourselves no longer know what quality standards and pricing we should be aiming at and what is reasonable. The only way to find that out is by having an alternative, albeit it should be kept in balance, because we do not want a parallel system that is the same size as our public system.

I would like to see a dominant public system that provides for the majority, 90 per cent, for example, of the health care needs of our country. However, that “market share” should be legitimately earned by the public system, not legally inflicted on people who do not know any better.

Senator LeBreton: I was being a little facetious when I said “for everyone.” The way I read what you are saying, Mr. Lozon, by having a parallel system, you bring more technology and people into health care and therefore you provide better service in the public system as a result. Is that it?

Supplementary to that, what does that do to our goal of guaranteed access within a limited time period, depending on the procedure?

Mr. Davis: I will try to assist Mr. Lozon. He can correct me if I drift.

We discussed oversight of the system being independent of the political arm of government, at least. A crucial part of anything we do in this area is having a utilization commission process in place, or a commission that reports on access. If there is any sense of the resources in the publicly funded system being used for a second tier to do third-party work, there would have to be clear reporting that there are benefits to the public system, such as reinvestment, additional providers of technology, shorter wait times or better access. All of those would need to be part of that analysis. Some people say you can never determine that. It is disappointing if that is true. We should try to determine it.

We must look for new sources of revenue for the system, not just dedicated taxes. We must sell the value of the system for some of the reasons that Dr. Vertesi gave. We must demonstrate where that value is. It is complex and needs to be looked at carefully, but

responsables du réseau public de la santé le sachent quand ils sont à côté de ce que les gens veulent vraiment, de ce que la qualité devrait être et de ce que le coût devrait être. Sinon, nous travaillons en milieu fermé et nous nous coupons de cette réalité. Si j'étais un politicien ayant un penchant machiavélique et que je ne voulais pas que les gens sachent qu'ils pourraient avoir quelque chose de mieux, c'est tout à fait ce que je ferais. Je dirais que j'interdis toute autre formule, sinon, les gens pourraient goûter à quelque chose de mieux. Nous pouvons nous en tirer de cette façon pendant un certain temps, mais la réalité finit par nous rattraper. Elle nous a rattrapés au bout de 30 ans.

La difficulté réside non pas tant dans le fait que nous restreignons la marge de manœuvre des gens, mais plutôt dans le fait que, nous-mêmes, nous ne savons plus quels sont les prix et les normes de qualité auxquels nous devrions aspirer et ce qui est raisonnable. Or, la seule façon de le déterminer, c'est d'avoir une autre option, même s'il faut y faire contrepoids d'une certaine façon, car nous ne voulons pas d'un système parallèle qui est de la même taille que le système public.

J'aimerais voir un système public dominant qui prend en charge la majorité — 90 p. 100, par exemple — des besoins en santé de notre pays. Par contre, le système public devrait obtenir légitimement «cette part de marché» et non pas l'avoir parce que cela est imposé par voie juridique à des gens qui ne sont pas conscients de ce qui arrive.

Le sénateur LeBreton: J'essayais d'être comique en disant «pour tous». Si je comprends bien ce que vous dites, M. Lozon, en se donnant un système parallèle, on se donne plus de technologie et plus de personnel dans le domaine de la santé, de sorte que cela permet de fournir un meilleur service dans le réseau public. C'est bien cela?

J'ai une question supplémentaire: En quoi cela a-t-il une incidence sur le but que nous nous donnons — l'accès garanti dans un délai limité, selon l'intervention dont il s'agit?

M. Davis: Je vais essayer d'aider M. Lozon. Il peut me corriger si je m'égare.

Nous avons dit que, tout au moins, la surveillance du réseau doit se faire indépendamment de l'appareil politique. Voilà un élément capital de tout ce que nous pouvons faire à cet égard: faire intervenir une commission de l'utilisation ou une commission qui fait rapport sur l'accès aux soins. S'il faut que les ressources du réseau public soient utilisées pour qu'un deuxième volet offre des services à de tierces parties, il faudrait alors expliquer clairement quels sont les avantages pour le réseau public, par exemple le réinvestissement, la présence d'autres fournisseurs de technologie, la réduction des délais d'attente ou l'accroissement de l'accès. Tout cela devrait faire partie de l'analyse. Certaines personnes affirment qu'on ne pourra jamais déterminer une telle chose. Si c'est le cas, c'est un constat décevant. Nous devons essayer de le déterminer.

Nous devrions être à la recherche de nouvelles sources de revenus pour le réseau et non seulement penser à des impôts spécialement affectés. Nous devons convaincre les gens de la valeur du régime pour certaines des raisons que le Dr Vertesi a

we should not rule it out.

We do need to recognize that we are very much in a North American-global economy, and there is a lot of Canadian money going south of the border to purchase health care. I hear people say that is fine, let it go there, but in an internationally competitive market, we want to keep that money here and bring some of their money up here for the benefit of our system, because otherwise it is a net loss to the country.

Along with the money, some of our providers are going south as well. It is amazing how many Canadians you bump into at the University of Texas, the Mayo Clinic or Scripps. We do not need to lose those providers either.

The question is do we believe we can become a force in health care worldwide and in North America, or are we going retreat and say we are only going to operate within a narrow, confined spectrum and let anyone else, provider or patient, who wants to go elsewhere for something different, do so?

Mr. Lozon: I realize what I said is quite controversial, but I said it quite intentionally. I would say to the Senate committee that if you decide, for good and valid reasons, that that is not what you want to do, there are many Canadians who would appreciate an articulation of those reasons.

The Chairman: Absolutely.

Mr. Scott: It is a difficult way to go about it if you are worrying about shortening lists or providing better service. Maybe everyone will come rushing back so they can deal with the high end of the market, and maybe you can entrench something in the Constitution to ensure that every dollar gets poured back into the public system.

There are other potential alternatives within the system, which we talked about earlier, that make more efficient use of services. You do not need a parallel system to do it. There are some good examples. However, there was the very controversial decision that Cancer Care Ontario made to repatriate patients from the United States by opening what the *Toronto Star* loves to call a “for-profit clinic,” because the doctors do work for profit, but it is hardly a multinational conglomerate.

The Chairman: Are all doctors not working for profit in that they are self-employed entrepreneurs?

Mr. Scott: That is right, so it is not terribly different from any other clinic. Because of the shortage of medical resources, which obviously was a substantial part of the problem that drove everyone to the United States in the first place, how do you handle enough patients to deal with the backlog when there was

invoquées. Nous devons faire la lumière sur sa valeur. C’est une tâche complexe qu’il faut aborder rigoureusement, mais nous ne devrions pas écarter l’idée.

Il nous faut tout de même reconnaître que nous évoluons tout à fait dans une économie nord-américaine-mondiale, et qu’il y a beaucoup d’argent canadien qui s’en va aux États-Unis pour l’achat de soins. J’entends les gens dire: C’est très bien, que l’argent aille là, mais sur un marché concurrentiel international, nous voulons que cet argent-là reste ici et en utiliser une partie à l’avantage de notre régime, sinon c’est une perte nette pour le pays.

Il n’y a pas que l’argent qui s’en va aux États-Unis; certains de nos fournisseurs font de même. Il est remarquable de voir le nombre de Canadiens que l’on peut croiser à l’Université du Texas, à la Clinique Mayo ou au Scripps. Il n’est pas nécessaire non plus que nous perdions ces fournisseurs.

La question est la suivante: pouvons-nous envisager pour nous-mêmes une présence importante dans le domaine de la santé, mondialement aussi bien qu’en Amérique du Nord, ou allons-nous battre en retraite et dire que nous ne fonctionnerons que dans les limites étroites et que nous allons laisser quiconque souhaite le faire aller ailleurs tenter quelque chose de différent — qu’il s’agisse d’un fournisseur ou d’un patient?

M. Lozon: Je sais que ce que j’ai dit est assez controversé, mais c’est tout à fait intentionnellement que je l’ai dit. Je dirais au comité du Sénat que si vous déterminez, pour des raisons valables et solides, que vous ne voulez pas emprunter cette voie, alors il y a nombre de Canadiens qui aimeraient bien entendre vos raisons.

Le président: Tout à fait.

M. Scott: C’est un exercice qui est difficile à mener quand on se soucie de la réduction de la liste d’attente ou de l’amélioration du service. Peut-être que tous les expatriés reviendront pour s’occuper des clients riches et peut-être qu’on peut inscrire dans la Constitution une mesure qui permet de s’assurer que chaque dollar gagné est réinvesti dans le réseau public.

Il existe d’autres options à l’intérieur même du système, nous en avons discuté plus tôt, pour utiliser plus efficacement les services. Il n’est pas nécessaire d’avoir un système parallèle pour le faire. Il existe des exemples utiles. Toutefois, il y a eu la décision très controversée d’Action Cancer Ontario — soit de rapatrier les patients des États-Unis en ouvrant ce que le *Toronto Star* a qualifié de «clinique à but lucratif», parce que les médecins y travaillent bel et bien à but lucratif, bien qu’il ne s’agisse guère d’un conglomérat multinational.

Le président: Ne saurait-on dire que tous les médecins travaillent à but lucratif, au sens où ce sont des entrepreneurs qui travaillent à leur compte?

M. Scott: C’est vrai, ce n’est donc pas très différent de ce qui se fait dans les autres cliniques. Étant donné la pénurie de ressources médicales, ce qui est évidemment un élément important du problème qui a poussé tout le monde à se diriger vers les États-Unis au départ, comment fait-on pour traiter un nombre suffisant

no increase in the number of people able to do it? They found innovative ways to do that.

There are all sorts of arguments for and against, but the bottom line is they found more innovative ways not being practised anywhere else within the system, for many of the reasons Mr. Davis raises: Standard practices, union thinking about not changing the way things are done. Before we rush off to build a parallel system, we should be looking at some of the more efficient and creative things we can do within our own system. All we have to do is a little mould breaking.

Senator Robertson: When the federal government refuses to allow me to buy private insurance, do I have a Charter issue?

Mr. Davis: I am not a lawyer, so I could not answer that. However, it is an interesting question.

The Chairman: The question was raised as to whether refusing an individual the right to buy health insurance in Canada to purchase services in Canada violates the Charter of Rights and Freedoms. Since you are not a Charter lawyer, are you passing on that one?

Mr. Scott: I do not have an answer to the question, except I believe the right to access health care has certainly been raised and the courts have determined that that right does not exist.

Senator Robertson: It is strange to see what the Charter has been allowing lately in different parts of the country.

Mr. Forget: You cannot prejudge what the courts would say, but to my knowledge, this has never been raised before the Supreme Court. One could assume that the court would find that restrictions on freedoms that are democratically adopted in a free society are valid limitations.

One must make a distinction between that kind of abstract denial of a right not related to a particular case, and how the Quebec Appeal Court has judged that denial of payment by one provincial medical board for a special form of cancer treatment obtained in the U.S. without prior authorization was wrong. Certainly, that was an affirmation of a right to seek treatment in a timely manner in a particular case.

I suppose one could suggest that perhaps if the courts were to become more proactive — and who knows, we have seen that in other areas — this question about the parallel system might become moot, because people can go to the U.S. in a number of cases when service is denied in a timely manner. We know it is not difficult to imagine cases like that. It would then be far better to have a parallel system in Canada.

de patients pour éliminer l'arriéré s'il n'y a pas d'accroissement de l'effectif? Les Américains ont trouvé des façons novatrices d'y arriver.

On peut invoquer toutes sortes d'arguments — pour et contre. — mais, en dernière analyse, les Américains ont trouvé des façons de procéder plus novatrices que ce qui se fait ailleurs dans le réseau, pour nombre des raisons évoquées par M. Davis: les pratiques normalisées, la pensée syndicale à propos du changement. Avant de nous précipiter pour aller édifier un système parallèle, nous devrions étudier certaines des mesures plus efficaces et plus créatives que nous pouvons envisager à l'intérieur de notre régime. Toute ce qu'il faut faire, c'est casser le moule un peu.

Le sénateur Robertson: Si le gouvernement refuse de me permettre de contracter une assurance privée, ai-je un recours possible en application de la Charte?

M. Davis: Je ne suis pas avocat, de sorte que je ne peux répondre à cette question. Tout de même, c'est une question intéressante.

Le président: On a soulevé la question de savoir si le fait de refuser à une personne de contracter une assurance-maladie privée au Canada pour l'achat de services au Canada est une transgression de la Charte des droits et libertés. Comme vous n'êtes pas avocat spécialisé dans la Charte, vous ne répondrez pas à cette question?

M. Scott: Je ne connais pas la réponse à cette question, sauf que, à mes yeux, on a certainement soulevé la question du droit d'accéder à des soins de santé, et les tribunaux ont déterminé que ce droit n'existe pas.

Le sénateur Robertson: Il est étrange de voir ce que la Charte autorise ces derniers temps dans diverses régions du pays.

M. Forget: On ne saurait prédire ce que les tribunaux vont déterminer, mais à ma connaissance, cette question n'a jamais été présentée à la Cour suprême. On présume que, aux yeux du tribunal, les restrictions imposées aux libertés qui sont adoptées par voie démocratique dans une société libre constitueraient des limites valables.

Il faut faire une distinction entre ce type de déni de droit abstrait qui ne se rapporte pas à une cause particulière et la décision de la Cour d'appel du Québec où les juges ont donné tort aux responsables d'une régie provinciale de la santé, qui ont refusé de consentir un paiement pour une forme spéciale de traitement du cancer obtenu aux États-Unis sans autorisation préalable. Certes, c'était là l'affirmation du droit de recourir à un traitement en temps utile dans une affaire particulière.

Je suppose qu'on pourrait dire que si, peut-être, les tribunaux étaient plus proactifs — qui sait encore, nous avons été témoins de cela dans d'autres domaines — la question du système parallèle ne vaudrait plus, car les gens peuvent aller aux États-Unis dans plusieurs cas où le service en temps utile leur est refusé. Nous savons qu'il n'est pas difficile d'imaginer de tels cas. Par conséquent, il serait nettement mieux d'avoir au Canada un système parallèle.

I agree it is already going on. Let us bear in mind that it is not the only parallel system that exists. There is a “moneyless” parallel system. It depends on whom you know and how clever you are at working the system. Therefore, I believe we should not be too sanctimonious about this issue.

The real question is how to ensure that recourse to a parallel system does not hurt those Canadians who do not have the means or do not choose to avail themselves of that possibility. That is a real challenge, because it would not multiply the number of physicians and nurses. We might multiply the number of pieces of equipment and the facilities, but eventually, the same people have to deliver the service. As it takes about 10 years to train a physician, this is not an instant cure. It is another managerial issue. Certainly, if we monitor quality of care, there should be a way to spot deviations from the norm.

Senator Morin: Here we are with a majority of panellists supporting the possibility of parallel care. When we mentioned this as an option in our first report, consider all the pressure put on us and the insults we received! Here we are coming back to it. This is an interesting turn of events.

Senator Roche: I would like to thank all the members of the panel for wonderful presentations. Mr. Chairman, I have one essential question in trying to bring the financial issues into coherency. The panel has diverse views on this question, which in some respects mirror the diverse views in the committee itself.

I am interested in finding a consensus solution to the financial questions.

I want to direct the question first to Dr. Kenny, but also invite other panellists to pick up on the sub-themes that I will introduce.

Dr. Kenny has, in her opening statement, and several times since, insisted that we keep in mind what the goal of the sixth report should be, and the way in which we can approach the financial recommendations. I will ask Dr. Kenny if she agrees with me that the fifth report can be boiled down to a choice that the committee is asking Canadians to make: Either pay more for the health care system or allow people to buy their own insurance.

If that is the key question, and we have certainly come back to it in several ways here, then it does bring us to a discussion of the values in the medicare system. Without going back over any of the territory that Senator Morin just briefly referred to in his comment, we can say that in putting more money into the system, the first question is, how much is needed.

Je suis d'accord pour dire que cela existe déjà. Songeons au fait que ce n'est pas le seul système parallèle qui existe. Il y a un système parallèle «sans argent». Cela dépend des contacts que vous avez et de la ruse que vous mettez à jouer avec les règles. Il me semble donc qu'il n'y a pas lieu d'être trop moralisateur à ce sujet.

La véritable question consiste à savoir comment on s'assure que le recours à un système parallèle ne nuit pas aux Canadiens qui n'ont pas les moyens de le faire ou qui choisissent de ne pas de prévaloir de cette possibilité. C'est un véritable défi, car il n'y aurait pas de multiplication du nombre de médecins et d'infirmières. On arriverait peut-être à multiplier le nombre de machines et d'installations, mais, au bout du compte, ce sont les mêmes gens qui seraient chargés de fournir le service. Comme il faut environ dix ans pour former un médecin, il n'y a pas de remède instantané à ce problème. C'est une autre question de gestion. Certes, si nous surveillons la qualité des soins, il devrait y avoir une façon de repérer les cas qui s'écartent de la norme.

Le sénateur Morin: Voilà que la majorité des invités de la table ronde est en faveur de la possibilité d'instaurer un système parallèle. Pensez à toutes les pressions qu'on a exercées sur nous et toutes les insultes qu'on nous a balancées quand nous avons présenté cette option dans notre premier rapport! Voici que nous y revenons. C'est une tournure intéressante.

Le sénateur Roche: Je tiens à remercier tous les membres de la table ronde de nous avoir présenté de merveilleux exposés. Monsieur le président, j'ai une question essentielle qui vise à faire toute la lumière voulue sur les questions financières. Les membres de la table ronde ont sur la question divers points de vue qui, à certains égards, reflètent les divers points de vue du comité lui-même.

J'aimerais trouver une solution consensuelle aux problèmes financiers dont il est question.

Je poserais d'abord une question à la Dre Kenny, mais j'invite les autres témoins à reprendre le fil à partir des thèmes secondaires que je vais aborder.

La Dre Kenny, dans sa déclaration liminaire, et plusieurs fois depuis, a insisté pour que nous nous rappelions le but que devrait avoir le sixième rapport et la façon dont nous devrions aborder les recommandations financières. Je vais demander à la Dre Kenny si elle est d'accord avec moi pour dire que le cinquième rapport peut être ramené à un choix que le comité propose aux Canadiens: soit payer davantage pour le réseau de la santé, soit permettre aux gens de contracter leur propre assurance.

Si c'est là la question clé, et nous y sommes certainement revenus plusieurs fois ici, alors cela nous amène à discuter des valeurs incarnées dans le régime d'assurance maladie. Sans revenir sur ce que le sénateur Morin vient de mentionner brièvement, nous pouvons dire que s'il faut injecter encore des fonds dans le réseau, la première question consiste à savoir combien il en faut.

I was struck by the many comments with regard to the fifth report to the effect that perhaps the committee had overstated things by saying that the present system is not sustainable. Whether that is correct or not, let us move on and say that the system needs more money.

Dr. Sinclair, the former commissioner of the Ontario Health Services Restructuring Commission, came before the committee several days ago. He put some numbers on the table. He said that, looking at the whole system today, which costs perhaps \$100 billion, give or take a little — 70 per cent public, 30 per cent private — the committee should perhaps think of adding 10 per cent to that for restructuring, improvement or efficiency to bring it to where we want it. That would be \$7 billion.

Then we asked him how he would split that. He said 50-50 — \$3.5 billion for the federal government and \$3.5 billion for the provinces.

I would like to know what the panel thinks about those numbers and whether, Dr. Kenny, you could integrate what you said about home care and pharmacare — and it has been picked up by others also — into a restructured system. Would it cost a lot more?

I come to the substantive question of paying for it. Everyone seems to agree that some manner of dedicated taxes or a dedicated levy is essential, rather than increased taxes going into a general pool. Should this be done through health premiums, or could a levy be politically saleable? I think it was Mr. Forget who said that it is not enough to introduce a levy for the incremental costs, but somehow we have to show that the whole system is receiving dedicated taxes, a dedicated levy. How would we make a dedicated tax feasible?

Finally, I come back then to the political arena. It has been said here that we want to depoliticize the question. Surely we have to underline that when we get into the finances and who will pay what. Is there in fact an ideological struggle going on that is at the root of the financing question?

I am a layman here, which enables me to ask simple questions. I do not want to see this issue in terms of Mazankowski versus Romanow. I said in my opening comment that I want to see us come together. Can the federal government and the provinces come together without having any sort of cooperation wrecked by an ideological struggle over who will control health care?

I am well aware that the federal government puts money into such national policies and the provinces deliver the program. In order to get this essential cooperation, we must understand where we are going together. I think that there is still too much diversity of opinion in the Canadian public, and the diversity of opinion expressed around this table is too much for me.

J'ai été frappé par les nombreuses fois où les gens ont pu dire, au sujet du cinquième rapport, que le comité a peut-être exagéré en affirmant que le système en place n'est pas viable. Que ce soit vrai ou non, allons de l'avant toujours et disons que le système a besoin de fonds accrus.

Le Dr Sinclair, l'ex-commissaire de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, est venu comparaître il y a de cela plusieurs jours. Il a présenté certaines statistiques. Il a affirmé que si on étudie le système dans son ensemble aujourd'hui, qui coûte peut-être 100 milliards de dollars, plus ou moins — 70 p. 100 pour le public, 30 p. 100 pour le privé — le comité devrait peut-être ajouter 10 p. 100 pour la restructuration, l'amélioration ou l'efficacité, pour que ce soit à la hauteur. Cela représenterait 7 milliards de dollars.

Nous lui avons demandé comment il répartirait ces fonds. Il a dit moitié-moitié — 3,5 milliards de dollars pour le gouvernement fédéral et 3,5 milliards de dollars pour les provinces.

J'aimerais savoir ce que la table ronde pense de ces statistiques et savoir aussi si, docteur Kenny, vous pourriez intégrer ce que vous avez dit à propos des soins à domicile et de l'assurance-médicaments — d'autres l'ont aussi mentionné — dans un système restructuré. Est-ce que cela coûterait beaucoup plus cher?

J'en viens à la question de fond qui consiste à savoir qui paiera la note. Tout le monde semble d'accord pour dire qu'une forme quelconque d'impôt spécial ou de prélèvement réservé est essentielle à la place d'une augmentation de l'impôt qui ferait que l'argent irait dans les recettes générales. Faut-il adopter à cet égard des primes d'assurance, ou encore un prélèvement est-il politiquement viable? Je crois que c'est M. Forget qui a dit qu'il ne suffisait pas de mettre en place un prélèvement en vue des coûts accrus, mais qu'il faut, d'une manière ou d'une autre, montrer que le système entier reçoit des impôts spéciaux, un prélèvement réservé. Comment s'organiser pour qu'un impôt spécialement réservé soit faisable?

Enfin, je reviens à la question de l'arène politique. On a affirmé ici que nous souhaitons dépoliticiser la question. À coup sûr, il faut insister là-dessus au moment de s'engager dans la question des finances et de déterminer qui paye quoi. Y a-t-il, de fait, une lutte idéologique qui viendrait déterminer ce qui est à la racine de la question du financement?

Étant profane, je suis en mesure de poser des questions simples. Je ne veux pas faire de cette question un affrontement entre la vision de Mazankowski et celle de Romanow. Dans ma déclaration d'ouverture, j'ai dit que j'aimerais que nous nous entendions. Le gouvernement fédéral et les provinces peuvent-ils s'entendre sans qu'une lutte idéologique sur le contrôle de la santé ne vienne détruire toute forme de coopération?

Je suis bien conscient du fait que le gouvernement fédéral investit dans de telles politiques nationales et que ce sont les provinces qui exécutent le programme. Pour que la coopération essentielle dont il est question prenne forme, nous devons savoir vers quoi nous nous dirigeons ensemble. Je crois qu'il y a encore trop de diversité d'opinions au sein du public au Canada, et la diversité des opinions exprimées autour de cette table, c'est trop pour moi.

Dr. Kenny: Let me see if I can give an answer that is helpful but succinct. I recognize that the Senate had indicated that it wanted this discussion and debate to be non-ideological. I remind the senators that “ideology” is not a pejorative term.

An ideology is a system of beliefs, and we all have ideologies, both personal and political. The term “ideology” or “ideological” becomes pejorative when we have a sense that people are entrenched in a position and unable to even listen to a different perspective. I think it is in that sense that the committee wanted the debate to be non-ideological.

In fact, I think Senator Roche is correct. We are now at the heart of a conflict of ideologies, and it is a very specific one. Competing conceptions of fairness are now on the table.

There are perfectly legitimate differences in how people understand “fair.” We can use the U.S. conception compared to Canada, because it makes it distinct, and I will do it briefly. The Canadian conception of “fair” is communitarian or egalitarian. It fits with an understanding of equity as, “Treat everyone the same, taking into account differences.” People cannot buy their way. It is a philosophical approach to understanding “fair.” They cannot buy their way to special privilege.

In the American conception, the libertarian understanding — a deeply rooted one — fairness is, “Treat everyone the same.” Their conception is more about equality than equity. Treat everyone exactly the same. You do not take into account substantive differences; you just prevent restrictions.

We have now arrived at an issue that I thought was happily dispatched in volume 5. It is back on the table precisely because a different conception of fairness is now operating within Canadian society, and it will be at the heart of the decision about what we do next.

Let me make three other comments.

I will repeat what I said with regard to money, because perhaps I was not clear. I am saying that because there are so many inefficiencies in the system — and you know them well — you cannot answer the question of whether more money is needed unless you fix the things that you are not doing right. I am not saying it is not true. I am saying the fixing needs to be done.

The Chairman: Do you agree with our categorical statement in volume 5 that it costs money to fix the system?

Dr. Kenny: You read my mind. Restructuring is a different issue, and that is what the senator has put on the table. I believe that we have never put the necessary money into the system either for infrastructure development or for restructuring. I agree. I am not debating that. In my understanding of the data and from my

La Dre Kenny: Voyons si je peux répondre d’une manière utile, mais brève. Je sais que le Sénat a signalé qu’il souhaitait sur la question une discussion et un débat non idéologique. Je rappelle aux sénateurs que le terme «idéologie» n’est pas péjoratif.

Une idéologie est un système de croyances, et nous avons tous des idéologies, tant personnelles que politiques. Le terme «idéologie» et le terme «idéologique» deviennent péjoratifs quand nous avons l’impression que les gens sont enracinés dans leur position et qu’ils sont incapables d’entendre même un point de vue différent. C’est en ce sens que le comité, à mon avis, souhaitait que le débat soit non idéologique.

De fait, je crois que le sénateur Roche a raison. Nous nous trouvons au cœur même d’un conflit d’idéologies, et c’est un conflit très précis. Ce sont des conceptions divergentes de l’équité qui s’affrontent.

Ce que les gens voient comme étant «équitable» fait l’objet de divergences parfaitement légitimes. Songeons à la conception américaine de l’équité par rapport à la vision canadienne, parce que cela permet de les distinguer, et je le ferai brièvement. La conception canadienne de l’équité renvoie au communitarisme ou à l’égalitarisme. Cela revient à dire: «traitez tout le monde de la même façon, mais prenez en considération leurs différences». L’équité ne s’achète pas. C’est une approche philosophique du sens de l’équité. Les gens ne peuvent utiliser de l’argent pour se payer des privilèges spéciaux.

Dans la conception américaine de l’équité, la conception libertaire — qui est profondément enracinée — l’équité revient à dire: «traitez tout le monde de la même façon». La conception américaine concerne d’avantage l’égalité que l’équité. Il faut traiter tout le monde de la même façon. Il ne faut pas prendre en considération les différences de fond; il faut simplement prévenir les restrictions.

Voici que nous abordons une question que l’on avait heureusement réglée, croyais-je, dans le volume 5. La question refait surface justement parce qu’une conception différente de l’équité se manifeste maintenant au sein de la société canadienne, et elle sera au cœur de la décision que nous prendrons au sujet de l’avenir.

Permettez-moi trois autres observations.

Je vais répéter ce que j’ai dit au sujet de l’argent, parce que je n’ai peut-être pas été claire. J’affirme que le système comporte un si grand nombre d’aspects inefficaces — et vous les connaissez bien — qu’on ne saurait répondre à la question — Faut-il plus d’argent? — à moins de corriger d’abord ce qui ne va pas. Je ne dis pas que ce n’est pas vrai. Je dis qu’il faut corriger le tir d’abord.

Le président: Êtes-vous d’accord avec l’affirmation catégorique qui se trouve dans le volume 5: il faut de l’argent pour réparer le système?

La Dre Kenny: Vous lisez dans mes pensées. La restructuration est une question différente, et c’est ce dont le sénateur a parlé. Je crois que nous n’avons jamais investi dans le système les sommes d’argent nécessaire au développement d’infrastructures ou à la restructuration. Je suis d’accord. Je ne conteste pas ce point.

experience, that is so. That is the answer to restructuring. We need new money. We have never put money into that and attempts at reform have been disadvantaged precisely because of it.

However, the philosophic principle that now becomes important, going back to where we are in the intellectual argument, you enunciated clearly — single payer. I applaud that. I believe that is in keeping with the values Canadians have held and still fundamentally hold, although perhaps not to the same degree. We need to separate out the funder, the payer, or the insurer, from the provider. Within that, there is a lot of flexibility for discussion about private, public, for profit, not for profit. That is a separate question. You have done a nice job of attempting to make those clear, and you need to do that.

I would say that once the issue of parallel private is on the table, you now are saying something different and contradictory. You are now talking about multiple payers. If you are debating that, I am suggesting that you need to revisit your goals before you make that decision. The three fundamental goals we might consider are, first, actions to preserve universal health care; second, cost containment; and third, a different conception of equity. It may well be that we have outgrown that goal and now have a different world view.

I would suggest that Senator Roche is right. There is an ideological issue at stake here. It is about competing conceptions of fairness and allowing or not allowing private parallel.

I guess I am shaking my head, and perhaps Senator Morin is getting different advice because of the group at the table, because I would have thought, from all the reading I have done about every other system in the world that has fooled around with mixes of private and public, and two and parallel and one, that it would be clear that if you have a parallel private system, you erode support for the public system, especially among the middle class. You have a private parallel, and you do not contain costs. You have a continued escalation in cost, only now it is coming from this pocket through taxes and from that pocket through private insurance.

You have a distinct problem, as you identify well in your own volume, of doctors working in both parts of the system. Do you create a different conception of equity in private parallel? Yes, you do.

There is a deeply rooted ideological difference, and you will have to come up with an interpretation of where you think Canada sits on that today.

I would also ask you to take into account the evidence about what private parallel does or does not do if the goals of preserving universal public access and cost containment within a Canadian

D'après ma lecture des données et mon expérience propre, c'est bien le cas. Voilà la réponse à la question de la restructuration. Nous avons besoin d'argent frais. Nous n'avons jamais investi dans cela, et les tentatives de réformes ont été défavorisées, justement, de ce fait.

Tout de même, le principe philosophique qui devient maintenant important, pour revenir au point où nous en étions dans ce débat intellectuel, vous l'avez énoncé clairement — un seul payeur. J'applaudis à cela. Je crois que cela concorde avec les valeurs auxquelles les Canadiens ont adhéré et auxquelles ils adhèrent toujours, fondamentalement, même si ce n'est peut-être pas au même degré. Nous devons dissocier le bailleur de fonds, le payeur, ou l'assureur, du fournisseur. Dans ce contexte, il y a encore beaucoup de marge pour une discussion sur ce qui est privé, ce qui est public, ce qui est à but lucratif, ce qui est sans but lucratif. Cette est une question distincte. Vous avez fait un bon travail en essayant d'éclaircir ces choses, et c'est une tâche qui se révèle nécessaire.

Je dirais que lorsqu'il est question d'un système privé parallèle, cela devient complètement différent et contradictoire. Il est alors question de multiples payeurs. Si vous débattiez de cette question, je vous propose de revoir vos objectifs avant de décider. Les trois objectifs fondamentaux que nous pourrions envisager sont: d'abord, des mesures visant à préserver l'universalité des soins de santé; ensuite, la restriction des coûts; et, enfin, une conception différente de l'équité. Il se peut très bien que cet objectif ne soit plus le nôtre, que nous ayons maintenant une vision du monde qui est différente.

Je dirais que le sénateur Roche a raison. C'est une question idéologique qui entre en ligne de compte. C'est un affrontement entre deux conceptions de l'équité, entre l'idée de permettre ou de ne pas permettre un système privé parallèle.

J'ai de la difficulté à croire tout cela — et peut-être que le sénateur Morin obtient des conseils différents en raison du groupe qui se trouve à la table —, car j'aurais cru, d'après toutes les lectures que j'ai faites à propos de tous les autres systèmes dans le monde où on a bricolé un ensemble qui se compose d'éléments du privé et d'éléments du public, deux régimes, un régime parallèle, un seul régime, que le constat est clair: s'il y a un système privé parallèle, les appuis à l'égard du système public s'érodent, surtout au sein de la classe moyenne. Il y a alors un système privé parallèle, et on ne parvient pas à restreindre les coûts. Il y a cette escalade des coûts qui se poursuit, mais maintenant, cela vient du portefeuille des gens, par la voie des impôts, et du portefeuille des gens, par la voie de l'assurance privée.

Il y a le problème distinct, comme vous le faites bien ressortir dans votre propre volume, des médecins qui travaillent dans les deux parties du système. Crée-t-on une conception différente de l'équité dans un système privé parallèle? Oui.

C'est une divergence idéologique profondément enracinée, et vous allez devoir interpréter la situation pour déterminer ce qu'est la position du Canada à ce sujet aujourd'hui.

Je vous inviterais aussi à prendre en considération les documents existants sur ce que fait un système privé parallèle et ce qu'il ne fait pas, s'il est encore question de respecter les objectifs

conception of equity are still at stake. If they are still at stake, look both at the value and at the evidence about what private parallel does.

Mr. Scott: Moving from the ideological to some puzzlement, this is the first time I have heard that the parallel system would actually enrich the public system. I am not aware of any evidence of that, but I would be interested in it.

I would like to look at it from an economic perspective. This sounds to me like a prescription for spending more money on health care, albeit with a different mix, rather than less money. Since part of this exercise was trying to get the most for the least, that is an interesting thought.

The moment you have a parallel system, the question is who is in it and who is not. One of the first groups in it would be the Canadian Auto Workers Union, because they would not want their members to have anything but the very best care. Any union that gets in there first will bring other unions in. As a consequence, you really are developing a parallel system that is driving up costs.

For a country that is part of the North American continent and highly dependent on the United States, regardless of the moral, ethical and principle questions that have been raised, there is a practical economic question of whether we want to continue to have the economic advantage that health care gives us as a nation, or whether we want to put that severely at risk through a parallel system that drives up overall costs, drives up the proportion of gross domestic product going into health care and lowers our competitiveness. This is why the Conference Board of Canada and others have been far more in favour of the single payer system than a parallel system.

Mr. Davis: I would be disappointed if we were going to approach our competitive advantage with the United States by saying, "We should keep the Canadian dollar low and ensure that Canadians get marginal services in some areas because that keeps our cost structure down." That is a Third World approach to being competitive, and I do not think we want to go there.

If I could make one other comment, once you frame it as an ideological issue and get into fairness, equity and egalitarian notions, you make the argument into a debate between good and bad. All that is being discussed here is whether there are some ways in which we can raise additional revenues that can benefit the publicly funded system. That is the discussion. It is not about a full-scale parallel health care system, but whether there are ways to provide some enhanced levels of service to third-party players that fall within the publicly funded mandate — we are doing that now, by the way. There is nothing new here.

fixés — préserver l'accès universel aux soins et restreindre les coûts suivant une conception canadienne de l'équité. Si cela demeure, regardez alors la valeur d'un système privé parallèle et la documentation à ce sujet.

M. Scott: Pour passer d'une question idéologique à quelque chose d'un peu déroutant, c'est la première fois que j'entends dire que, de fait, le système parallèle enrichirait le système public. Je n'ai connaissance d'aucune donnée qui étaye cette affirmation, mais je serais intéressé à en voir.

J'aimerais envisager la question du point de vue économique. J'ai l'impression qu'on recommande non pas d'affecter moins d'argent aux soins de santé, mais bien plus, quoique la formule proposée soit différente. Puisque cet exercice vise en partie à tenter d'optimiser l'utilisation de ressources limitées, c'est une idée curieuse.

À l'instant même où l'on crée un système parallèle, il faut se demander qui en fera partie et qui sera exclu. Le syndicat des Travailleurs canadiens de l'automobile serait l'un des premiers groupes à en tirer avantage, car il ne veut rien de moins que les meilleurs soins pour ses membres. Le premier syndicat qui entrera là-dedans amènera les autres syndicats à faire de même. Par conséquent, on établirait vraiment un système parallèle qui occasionnerait une montée des coûts.

À titre de pays nord-américain très dépendant des États-Unis, peu importe les questions morales et éthiques soulevées, nous devons envisager la situation de façon pragmatique: voulons-nous continuer de jouir de l'avantage économique que procurent les soins de santé à notre nation, ou risquer de perdre cet avantage en établissant un système parallèle qui occasionne une montée des coûts d'ensemble, accroît la part du produit intérieur brut affecté aux soins de santé, et mine notre compétitivité. Voilà pourquoi le Conference Board du Canada et d'autres intervenants sont bien plus en faveur d'un système à payeur unique que d'un système parallèle.

M. Davis: Je serais déçu si, sur la question de notre avantage concurrentiel par rapport aux États-Unis, on se contentait de dire: «Il faut garder le dollar canadien à un niveau bas et veiller à ce que les Canadiens reçoivent des services réduits dans certaines régions, car cela permet de maîtriser notre structure des coûts.» C'est une approche concurrentielle qui tient davantage du tiers monde, et je ne crois pas qu'il soit sage de s'aventurer dans cette voie.

J'aimerais, si vous le permettez, formuler un autre commentaire. Lorsqu'on enveloppe la question de notions idéologiques, comme l'équité, on crée un débat entre le bien et le mal. Or, nos discussions visent uniquement à tenter de déterminer s'il existe des moyens de générer des revenus supplémentaires pour le système public. C'est ça, le sujet de la discussion. Il est question non pas de la création d'un système parallèle complet de soins de santé, mais bien de déterminer s'il y a un moyen de dispenser un service supérieur aux tiers qui sont visés par le mandat du système public — et c'est ce que nous faisons maintenant, en passant. Il n'y a rien de nouveau ici.

I also wondered whether there are some services in the uninsured “basket” that we could look at providing to generate some revenue for the system. We are simply looking for other sources of revenue as we move into a newer and more entrepreneurial age. I do not think anybody at this table, or anybody I have talked to, wants to undermine publicly funded health care. Everyone supports it. People are asking, “What is the best way to save and enhance publicly funded health care?” The debate is how to achieve that objective, not whether the objective is right or wrong. All of us, as Canadians, are egalitarian, and we do have a fundamentally different view of the role of the individual in society from that of our friends south of the border. It was important to put this into context.

The Chairman: I want to clarify a point that Mr. Davis made, because it has come up a few times today. WCBs across the country effectively operate in a two-tier system, in the sense that their patients automatically go to the front of the line. Doctors who perform services for Workmen’s Compensation Board patients are remunerated not by the provincial health care scheme, but directly by Workers’ Compensation. In those provinces that have caps on doctors’ incomes, money that doctors earn from Workmen’s Compensation cases is not included. That was the reference to WCB.

Senator Roche: I want to go back to the questions of how much money and how to raise it. First, I want to return to Dr. Kenny. We are all agreed that additional money is needed, but I want to fine tune it and ask, additional money for what? That is when the questions about restructuring have come up. I cited the \$7 billion figure per year for 10 years given by Dr. Sinclair. A number of people say that restructuring should be given a high priority in the overall improvements needed to save and extend medicare.

The other part is what you, Dr. Kenny, and others have raised; namely, the introduction of home care and pharmacare as additional elements in the medicare program. Would the amount that I have cited be sufficient or insufficient, in your view, to integrate those two new elements into medicare and also pay for restructuring? Or would the total amount of money required for these three elements be more than the Canadian public system could stand?

Dr. Kenny: Senator, I am not an economist, so I am not going to give you dollar figures for anything. I do not have the expertise to do that. When I was on the National Forum on Health, we made a strong recommendation to the Prime Minister for a national pharmacare program. We believed at that time — so I am getting the information from experts who were looking at the issue — that people are paying for their drugs and the money is being expended. However, it is being expended in a way over which we do not have any control, whether of optimum formulary or best practices. These are problematic. The money was being spent, and we felt there was a way to make that expenditure more

Enfin, je me demande si certains services non couverts pourraient être utilisés pour générer des revenus pour le système. C’est le début d’une nouvelle ère, axée davantage sur l’entrepreneuriat, et nous cherchons simplement d’autres sources de revenu. Je ne crois pas que quiconque, y compris les gens qui sont à cette table, veuille miner les soins de santé publics. Tout le monde appuie ce système. Les gens se demandent: «Quel est le meilleur moyen d’économiser et d’améliorer les soins de santé publics?» Le débat s’attache non pas à la pertinence de l’objectif, mais bien à la façon de le réaliser. Tous les Canadiens sont égaux, et notre perception du rôle social de l’individu est fondamentalement différente de celle de nos voisins du Sud. Il est important de placer cette question en contexte.

Le président: J’aimerais clarifier un point soulevé par M. Davis, car on l’a mentionné à plusieurs reprises aujourd’hui. Les CAT de partout au pays tirent effectivement avantage d’une médecine à deux vitesses, car leurs patients passent automatiquement avant les autres. Les médecins qui soignent les patients des commissions des accidents du travail sont payés non pas par le régime provincial de soins de santé, mais bien directement par les CAT. Dans les provinces où le revenu des médecins est plafonné, on ne tient pas compte des revenus découlant de soins prodigués aux accidentés du travail. C’est ce que M. Davis a dit au sujet des CAT.

Le sénateur Roche: J’aimerais revenir aux questions des sommes nécessaires et des moyens permettant de les obtenir. Premièrement, j’aimerais revenir à l’intervention de la Dre Kenny. Nous convenons tous qu’il faut plus d’argent, mais j’aimerais qu’on précise la question et qu’on se demande à quoi servirait cet argent supplémentaire? C’est à ce moment-là qu’on a soulevé la question de la restructuration. J’ai cité le chiffre de 7 milliards de dollars par année pendant dix ans, avancé par le Dr Sinclair. Un certain nombre de personnes affirment que, parmi les améliorations globales nécessaires pour sauver et étendre l’assurance-maladie, il faut accorder la priorité à la restructuration.

L’autre question est liée au point que vous, docteur Kenny, et d’autres personnes avez soulevé, soit l’enchâssement des soins à domicile et de l’assurance-médicaments dans le régime d’assurance-maladie. Selon vous, le montant que j’ai mentionné serait-il suffisant pour intégrer ces deux nouveaux éléments à l’assurance-maladie et pour procéder à une restructuration? La somme nécessaire à la concrétisation de ces mesures est-elle supérieure aux capacités du système public canadien?

La Dre Kenny: Monsieur le sénateur, je ne suis pas économiste, alors je m’abstiendrai d’avancer des chiffres pour quoi que ce soit. Je ne possède pas les compétences pour faire cela. À l’époque où j’en faisais partie, le Forum national sur la santé a fortement recommandé au premier ministre de créer un programme national d’assurance-médicaments. Nous croyions — je fais donc référence au point de vue d’experts qui se sont penchés sur la question — que les gens payaient leurs médicaments et que l’argent était dépensé. Toutefois, l’argent est dépensé d’une façon que nous ne pouvons contrôler, qu’il s’agisse du formulaire optimal ou des pratiques exemplaires. C’est un problème. Nous étions d’avis qu’il

efficient. We must remember that pharmacare costs have gone through the roof in terms of percentage increases over the recent years, but I do not know the amount.

Again, I have no dollar amount for home care. Home care is variously covered across the country in a way that is random and confusing. I am saying that an integrated approach is required. If you could define “medically necessary services,” they would state that pharmacare and home care — home care as an adjunct to hospital care — should be under the umbrella, along with doctor and hospital services. However, I do not have any meaningful figures.

Dr. Vertesi: Your question about whether the ideological issue existed astounded me. This is the original “ideological baby,” and those of us who were here when it was born remember that. It has now grown up and turned into something different.

I agree with Dr. Kenny in one respect — that dealing with this is different from dealing with the other kinds of questions because of the fundamental ideology involved. What kind of vision do we have? There is an extent to which once we cross some line, we have crossed into another ideology.

There is another side to the question we have never considered, and that is, do we have a free choice here or not? Dr. Kenny put it as if we can choose whether we want this or we want that. There are some people who believe that there is no free choice, and that it is all an illusion that we got away with for a while. However, our costs have increased to the point where it is no longer going to be sustainable, which brings us to this conference. In other words, if we had a free choice, of course we would choose a publicly funded, single insurance system that would look after us. It is the same as, if we had the choice, we would choose a wealthy parent or a sugar daddy to look after us.

The problem is, does that really exist, or is it a fantasy that is not fiscally sustainable because of the way finances and markets work? That is the question. To go further, it is a question on which we have been unable to have a good debate because the ideology tells us that it is forbidden to even talk about it. That has been the case until now. It is difficult to talk about this in an open forum, certainly here in Ottawa. In this building, until now, no one could bring it up and get away with it. The fact that we are at least discussing it is a step forward.

Can we discuss it on its own merits and look at the evidence and the science? We will disagree, I am sure. For instance, I disagree with Dr. Kenny about the evidence on parallel systems and what they do or do not achieve. It would be a good thing to discuss this and ask how we interpret what happened in Australia. How do we interpret the U.K. experience, and so on. We should have that discussion, and out of that, some logic should say, “We never really had the option that we thought we did and we had better abandon it, the sooner the better,” or “Yes, it is there, and

était possible d’optimiser l’argent dépensé. Ne perdons pas de vue que les coûts liés à l’assurance-médicaments ont monté en flèche au cours des dernières années, même si je ne peux fournir des chiffres exacts.

Encore une fois, je ne peux avancer un montant pour les soins à domicile. La couverture des soins à domicile varie partout au pays, d’une façon aléatoire et confuse. J’estime qu’une approche intégrée s’impose. Si on définissait les services dit «médicalement nécessaires», on arriverait à la conclusion que l’assurance-médicaments et les soins à domicile — ces derniers étant liés aux soins hospitaliers — devraient être visés par le régime, tout comme les soins dispensés par les médecins et les services hospitaliers. Cependant, je ne peux avancer de chiffres concrets.

Le Dr Vertesi: Je suis abasourdi par votre remise en question de l’existence même de l’enjeu idéologique. Il s’agit du «bébé idéologique» d’origine, et ceux d’entre nous qui étaient là à l’époque de sa naissance s’en souviennent. Maintenant, le bébé a grandi et est devenu autre chose.

Je suis d’accord avec un point soulevé par la Dre Kenny: on ne peut traiter cette question comme toutes les autres, en raison des enjeux idéologiques fondamentaux. Quel type de vision avons-nous? Il y a une limite à ce que nous pouvons faire sans modifier notre idéologie.

Nous avons négligé un autre aspect de la question: jusqu’à quel point avons-nous le choix? La Dre Kenny s’exprime comme si nous pouvions choisir ceci ou cela. Certaines personnes croient que nous n’avons pas réellement de choix à faire, et que tout cela est une illusion que nous avons su maintenir pendant un certain temps. Toutefois, nos coûts ont augmenté à un point tel que le système n’est plus viable, d’où cette conférence. Autrement dit, si nous avions le choix, il est évident que nous choisirions un régime public d’assurance globale qui nous protégerait. C’est comme dire que, si on avait le choix, on choisirait d’être pris en charge par un parent riche ou un «sugar daddy».

La question est la suivante: cette option existe-t-elle vraiment, ou s’agit-il d’une lubie qui, en raison du mode de fonctionnement des finances et des marchés, ne serait pas viable? J’ajouterais même qu’il nous a été impossible de débattre sainement de cette question, car notre idéologie nous interdit même d’en parler. C’est ce qui s’est produit jusqu’à maintenant. Il est difficile d’aborder cette question dans le cadre d’un débat ouvert, du moins ici à Ottawa. Jusqu’à maintenant, dans le bâtiment où nous nous trouvons, nul ne pouvait soulever cette question sans qu’on le lui reproche. Le simple fait que nous en discutons constitue un progrès.

Pouvons-nous débattre du bien-fondé de cette option et envisager les preuves et les données scientifiques? Nous ne pourrions nous entendre, j’en suis certain. Par exemple, je ne partage pas l’avis de la Dre Kenny en ce qui concerne les preuves touchant les systèmes parallèles et ce qu’ils peuvent ou ne peuvent accomplir. Il serait avantageux d’en discuter et de demander comment on interprète la situation en Australie, l’expérience du Royaume-Uni, et ainsi de suite. Nous devrions tenir ce débat, et une certaine logique nous permettrait de dire que «nous n’avons

yes, we can make it work.”

Of course we are going to decrease costs at the same time. It is not one or the other. It is not that we either attract more money or we decrease our costs. We can do both. In fact, having a different financial formula that brings money in is one way of also decreasing our costs internally, because it will provide feedback and incentives to the providers to decrease their costs. For example, if we want public hospitals to decrease their costs, I can think of no better way than to force them to compete with private ones providing the same services for money. It might be more effective than a bureaucratic solution.

I am sure that we will not be able to finish this level of debate.

I want to make an additional point about workers' compensation, which is a two-tiered system that pays hospitals and doctors more for the services and people go to the front of the line. That occurs not because the WCB likes to throw money away, but because they are charged with bearing all of the costs of the injury. In other words, if the worker is off sick, they have to fund that side of it as well. If the worker has to wait six months for surgery, they bear that entire cost.

In the other part of the public health care system — the more standard one in which we all participate — that is not the case. They push those costs back onto the private individual. If you cannot get in for an operation for six months or for one year, you bear the cost of the lost wages, and also that you cannot work and that you require the assistance of a home support worker.

The very fact that WCB is willing to pay for this is evidence that it is worth it in the long run — it saves them money. They are free to make the choice and they choose this because it saves them money over the long term.

Senator Roche: With respect to the figures I put on the table, the whole system costs \$ 100 billion now, split 70-30. Dr. Sinclair says that 10 per cent is needed for restructuring — \$7 billion per year, split 50-50 between the federal and the provincial governments. Is that viable? Each level of government would come up with \$ 3.5 billion per year. Can we get out of this dilemma that we now face by having the federal and provincial governments put in \$ 3.5 billion each per year for the next 10 years? What is your view?

Mr. Lozon: No, you cannot get out of it. First, it is highly unlikely that a province such as Saskatchewan would do that, and certainly it is clearly unlikely that Ontario, which would bear \$1.5 billion of the \$3.5 billion, would be prepared to invest more

jamais vraiment eu l'option que nous croyons avoir, et nous devrions l'abandonner le plus tôt possible» ou que «oui, l'option est valide, et oui, nous pouvons la faire fonctionner».

Bien sûr, nous allons réduire les coûts en même temps. Il ne s'agit pas de choisir l'un ou l'autre, c'est-à-dire de générer le plus d'argent ou de réduire nos coûts. Nous pouvons faire les deux. De fait, l'adoption d'une formule financière différente permettant de recueillir plus d'argent constitue aussi un moyen de faire baisser nos coûts à l'interne, car elle favorisera la rétroaction et incitera les fournisseurs de services à réduire leurs coûts. Par exemple, si nous voulons que les hôpitaux publics réduisent leurs coûts, je crois que la meilleure solution consiste à les forcer à faire concurrence à des hôpitaux privés qui dispensent les mêmes services à des clients payeurs. Ce serait peut-être plus efficace qu'une solution administrative.

Je suis sûr que nous n'arriverons pas à bout de ce débat.

J'aimerais soulever un point supplémentaire concernant les commissions des accidents du travail, qui favorisent une médecine à deux vitesses en payant plus cher les services dispensés par les hôpitaux et les médecins, de façon à ce que leurs patients soient traités en premier. Cela se produit non pas parce que les CAT aiment dilapider leur argent, mais parce qu'elles sont responsables d'assumer tous les coûts liés aux accidents du travail. Autrement dit, elles doivent assumer tous les frais liés aux congés de maladie du travailleur. Si le travailleur doit attendre six mois pour une intervention chirurgicale, les CAT paieront la note.

Dans l'autre partie du système public de soins de santé — c'est-à-dire le système classique où chacun d'entre nous participe — ce n'est pas la même chose. On refile ces coûts aux particuliers. La personne qui doit attendre six mois ou un an pour subir une intervention doit compenser les pertes de revenu et, en raison de son incapacité, recourir à une aide à domicile.

Le simple fait que les CAT soient disposées à payer plus cher pour obtenir un service plus rapide montre qu'à long terme le jeu en vaut la chandelle, car elles réalisent des économies. Elles sont libres de choisir, et elles choisissent cette option parce qu'elle leur permet d'économiser de l'argent à long terme.

Le sénateur Roche: En ce qui concerne les chiffres que j'ai avancés, l'ensemble du système coûte actuellement 100 milliards de dollars, selon une répartition 70 p. 100-30 p. 100. Le Dr Sinclair affirme qu'il faut 10 p. 100 pour procéder à une restructuration, soit sept milliards de dollars, dont la note serait partagée également entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Est-ce viable? Chaque ordre de gouvernement aurait donc à contribuer 3,5 milliards de dollars par année. Sommes-nous capables d'échapper au dilemme actuel en demandant au gouvernement fédéral et aux provinces de verser 3,5 milliards de dollars chacun par année pendant les dix prochaines années? Quel est votre point de vue?

M. Lozon: Non, on ne peut en sortir. Premièrement, il est très improbable qu'une province comme la Saskatchewan participe à une telle initiative, et il est certainement improbable que l'Ontario, qui verserait 1,5 des 3,5 milliards de dollars soit

in a health budget that is currently at about \$23 billion. I do not have the numbers, but on the smell test, they do not seem to match up.

Senator Roche: You think the provinces will not put in more money, even if we were to convince the federal government to put in more for restructuring the health care system?

Mr. Lozon: The provinces feel they are maxed out right now.

Senator Roche: Is it a dead end. Would it be a dead end for us to recommend that the provinces share in the restructuring costs for the medicare system?

Mr. Lozon: Even in the most recent history of this suggestion, in September 2000, when the first ministers reached their health accord, the number was \$23 billion over five years, all of it federal. I would have thought that, if this were a fruitful line of thinking or discussion, it might well have been tapped then.

I am speaking as an individual — I am not representing any government agency — but I do not see the provinces coming collectively to the view that they have an additional \$3.5 billion to put into the equation.

Senator Roche: Is that what leads you to think we have to explore the private route to obtain the extra money?

Mr. Lozon: The original discussion was whether there would be a dedicated stream of revenue, presumably flowing from the Canadian public, for increased resources. I raised the other issue because I wanted to see it debated and discussed. My own view is that, if you want to increase taxes, whether it is a dedicated tax or a general tax, then you are talking about putting substantial amounts of money into a system that, over the next six to 10 years, will inevitably grow and cost more.

The Chairman: The committee has not discussed the numbers. The point is that Dr. Sinclair was asked the question because he had worked on the restructuring proposal in Ontario.

Senator Keon: Mr. Davis has answered my query.

[Translation]

Senator Pépin: I am delighted that you agreed to share your expertise with us.

[English]

I share the preoccupation of Senator Keon with the issues of health care providers and information for users. I am taking you back to the issue of public education, which we discussed earlier.

Many of us are of the generation when the health care system was first implemented, in the 1960s. I was a nurse in the services and we worked as a team with the doctors. We even made house

disposé à investir davantage dans un budget de santé qui s'élève actuellement à environ 23 milliards de dollars. Je n'ai pas tous les chiffres, mais à vue de nez, cela n'a pas l'air vraisemblable.

Le sénateur Roche: Vous croyez que les provinces refuseront d'investir davantage, même si nous arrivions à convaincre le gouvernement fédéral de fournir plus d'argent pour restructurer le système de soins de santé?

M. Lozon: Les provinces estiment déjà payer au maximum de leur capacité.

Le sénateur Roche: C'est l'impasse. Serait-il vain de recommander que les provinces partagent les coûts de restructuration du régime d'assurance-maladie?

M. Lozon: Même la dernière fois que cette question a été soulevée, en septembre 2000, lorsque les premiers ministres ont conclu leur accord sur la santé, le chiffre était de 23 milliards de dollars sur cinq ans, et toute la somme devait être assurée par le fédéral. J'ai tendance à croire que, si cette idée était viable, on aurait pu l'adopter à l'époque.

Je parle en mon nom uniquement — je ne représente aucun organisme gouvernemental —, mais je doute que les provinces ne s'entendent sur le besoin d'injecter 3,5 milliards de dollars de plus.

Le sénateur Roche: Est-ce cette situation qui vous pousse à croire que nous devrions envisager une certaine privatisation en vue d'obtenir le financement supplémentaire?

M. Lozon: Le débat initial consistait à déterminer si on pouvait trouver une autre source de revenu, probablement auprès du public canadien, afin d'accroître les ressources. J'ai soulevé l'autre question, car je souhaitais qu'on en parle. À mon avis, si on opte pour une imposition accrue, qu'il s'agisse d'un impôt spécialement affecté ou d'un impôt général, on parle d'injecter des sommes considérables dans un système qui, au cours des six à dix prochaines années, connaîtra une croissance inévitable et coûtera plus cher.

Le président: Le comité n'a pas examiné les chiffres. On a posé la question au Dr Sinclair parce qu'il a travaillé sur une proposition de restructuration en Ontario.

Le sénateur Keon: M. Davis a répondu à ma question.

[Français]

Le sénateur Pépin: Je suis très heureuse que vous ayez accepté de nous faire partager votre expertise.

[Traduction]

Je partage les préoccupations du sénateur Keon en ce qui concerne les fournisseurs de soins de service et l'information pour les utilisateurs. J'aimerais revenir à la question de l'éducation du public, dont nous avons parlé plus tôt.

De nombreuses personnes ici sont de la génération qui a vu naître le système de soins de santé dans les années 60. J'étais infirmière à l'époque, et nous travaillions de concert avec les

calls with doctors. We had our routine, but after that, the system changed.

I believe that public information is mandatory and we must make it a priority. We also need to consider public education about the new technology. We spoke about how important it is, and so we must use the new technology to create a better health care system.

The majority of the users of the system will be 65 years of age and over. This group is the most reluctant to use the new technology. I visit elderly people on occasion and I tell them about people who are trained to teach the elderly to use a computer. They refuse to try it, and they even refuse to use their Interac card because they do not want anybody to have access to their bank accounts. Much public information will be computerized, and so I am concerned, because the elderly have such high expectations.

You said that Canada is 30th in quality of care. That is because the majority are expecting top-notch health care across the board. Someone mentioned the love affair with hospitals. We know the difficulty that occurs when two hospitals are merged and people worry because they will have to use a facility with which they are not familiar — perhaps there will be new doctors and new services. We will have to find a way to encourage people to computerize their information, perhaps through tax incentives. That might be a good way with baby boomers. Right now, elderly people probably constitute the majority. However, only the wealthier people will accept this new technology, while the majority will remain blind to it.

When we are speaking about education, we are speaking about doctors, nurses and social workers. How do we educate the people about the new techniques the doctors and nurses are looking for? Who will do it and how will they do it?

We have spoken about technology, and what we have to do in funding. I agree with all the discussions we had, but one of the most important questions is how to address the situation with that group of people. Until now, we have talked about the practical things. The people's issues will be very difficult to deal with.

Also, if we want to have the people's support instead of their anger, because they do not understand what is going on, we must look into different ways that we could do it, such as through contemporary media. I agree with that, but I think we must spend as much time discussing fundraising and technology.

médecins. Nous faisons même des visites à domicile avec les médecins. Nos méthodes étaient bien établies, mais par la suite, le système a changé.

Je crois que l'information du public est impérative et que nous devons en faire une priorité. Nous devons aussi songer à informer le public des nouvelles technologies disponibles. Nous avons parlé de l'importance d'une telle sensibilisation, et nous devons utiliser les nouvelles technologies pour créer un système de soins de santé plus efficace.

La majorité des utilisateurs du système seront âgés de 65 ans et plus. Or, il s'agit du groupe qui se montre le plus réticent à l'égard des nouvelles technologies. Je rends visite à des aînés à l'occasion, et je leur parle de personnes qui sont formées pour montrer aux aînés comment utiliser un ordinateur. Ils refusent de tenter l'expérience, ils refusent même d'utiliser leur carte Interac, car ils craignent que quelqu'un accède à leur comptes bancaires. Une part importante des renseignements publics seront conservés sur support informatique, et cela me préoccupe, parce que les aînés ont des attentes si élevées.

Vous avez affirmé que le Canada est trentième au chapitre de la qualité des soins. C'est parce que la majorité s'attend à des soins de santé complets et de première qualité. Quelqu'un a fait référence à notre amour des hôpitaux. Nous connaissons les difficultés que cela occasionne lorsque deux hôpitaux fusionnent et que les gens s'inquiètent parce qu'ils devront se rendre dans un établissement qu'ils ne connaissent pas bien — il y aura peut-être de nouveaux médecins et de nouveaux services. Nous devons trouver un moyen d'encourager les gens à consigner leurs renseignements sur support informatique, peut-être au moyen d'incitatifs fiscaux. Cela serait peut-être efficace auprès des baby-boomers. À l'heure actuelle, les aînés constituent probablement la majorité. Toutefois, seules les personnes plus aisées accepteront cette nouvelle technologie, alors que la majorité fera la sourde oreille.

Lorsque nous parlons d'éducation, nous parlons de médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux. Comment informer les gens des nouvelles techniques recherchées par les médecins et les infirmières? Qui s'en chargera? Comment s'y prendra-t-on?

Nous avons parlé de la technologie et de ce que nous devons faire au chapitre du financement. J'appuie tous les débats que nous avons tenus, mais l'un des enjeux les plus importants tient aux méthodes que nous utiliserons auprès de ce groupe de personnes. Jusqu'à maintenant, nous avons parlé d'aspects pratiques. Les questions liées aux personnes seront très difficiles à résoudre.

De plus, si nous voulons que la population nous soutienne au lieu d'être en colère — parce qu'elle ne comprend pas ce que qui se passe —, nous devons envisager divers moyens de l'informer, par exemple, grâce aux médias contemporains. J'appuierais une telle démarche, mais je crois que nous devons consacrer autant d'efforts à discuter de la collecte de fonds et de la technologie.

My problem is, if we organize everything and present it without explanation, people will be confused. The majority will also question the confidentiality if we do not explain what we are doing. We do not even speak about home care, and it is the same there as well.

Do you have good avenues to solutions? I believe that this is the secret if we want people to accept the reorganization. They must understand it; otherwise we will have a big problem.

Dr. Kenny: I think you are on a very important issue. I do not have the answer, but I would like to say that very often, and it is even in a few of your volumes, when we identify the drivers of health care costs, we identify the aging population. It is extremely important for us to be very careful about how we say that. First, we know that it is not aging per se that causes the costs; it is patterns of practice. Senator Morin was talking about how we are doing dialysis later or doing cardiac procedures on older people.

Yet, if you look at the empirical literature about informed decision making in the elderly, including things like the development of advance directives before there is a medical emergency, it is really abysmal. We do this very poorly.

As someone who is often involved with ethical conflicts at the bedside, I have seen cases where elderly people thought their doctor wanted them to have the procedure, thought their doctor said they needed to have the chemotherapy, when in fact, if they had truly understood, they would have made a different decision. They would have been prepared to make different decisions more appropriate for them — sometimes to use the technology, but sometimes to forgo it.

I would like to say two things in response to the senator's question.

First, please be careful in your report not to make it look as if the aging population, which is in large part a celebration of the advances of modern medicine, is a problem simply because it is aging. There is something deeply problematic and ageist about that.

On the other hand, the issue of respectful and appropriate decision making for precisely this group, as they move into their final years, becomes excruciatingly important. You are right that this is not a matter of information technology, though there are some very technically adept elders who have become really interested and sophisticated. However, the majority of them will certainly need members of the health care team to walk them through the evidence, the benefits and risks.

Le problème que je soulève est le suivant: si nous organisons tout cela et présentons nos idées sans les expliquer, les gens seront dérouterés. De plus, si nous n'expliquons pas ce que nous faisons, la majorité remettra en question notre capacité de protéger la confidentialité. Et nous ne parlons même pas de soins à domicile, où la situation est la même.

Avez-vous de bonnes idées pour que nos solutions deviennent réalité? Je crois que c'est la clé du succès, si nous voulons que la population accepte la notion de restructuration. La population doit comprendre cette notion, sans quoi le problème reste entier.

La Dre Kenny: Je crois que vous soulevez un enjeu très important. Je n'ai pas la réponse, mais j'aimerais signaler que, très souvent — et on en parle même dans quelques-uns de vos volumes —, lorsqu'on énonce les facteurs qui accroissent le coût des soins de santé, on fait référence au vieillissement de la population. Il est extrêmement important de bien choisir ses mots lorsqu'on aborde ce sujet. Premièrement, nous savons que la montée des coûts est liée non pas au vieillissement, mais bien aux pratiques dans le domaine. Le sénateur Morin a mentionné cette tendance à recourir à la dialyse plus tard ou à effectuer des procédures cardiaques sur des personnes âgées.

Pourtant, si on consulte la documentation empirique relative à la prise de décisions éclairées par les aînés, y compris au sujet de questions comme l'élaboration d'un testament biologique avant que ne surviennent des problèmes de santé, les résultats sont vraiment épouvantables. Notre rendement à ce chapitre est très médiocre.

En raison de ma profession, je dois souvent composer avec des dilemmes moraux. Je suis témoin de situations où des aînés croyaient que leur médecin voulait qu'ils subissent une intervention donnée, ou croyaient que leur médecin disait qu'ils avaient besoin d'une chimiothérapie, alors que, de fait, s'ils avaient vraiment compris, ils auraient pris une toute autre décision. Ils auraient été prêts à prendre une décision différente, peut-être plus appropriée — cela correspond parfois à recourir à la technologie, mais aussi à y renoncer.

Maintenant, en réponse à la question du sénateur, j'aimerais dire deux choses.

Premièrement, prenez soin, dans votre rapport, de ne pas présenter la population vieillissante, qui reflète en partie les progrès de la médecine moderne, comme problème, simplement parce qu'elle vieillit. Cela dénoterait une attitude très douteuse et âgiste.

Par contre, la question de la prise de décisions respectueuses et appropriées à l'égard de ce groupe, qui passe à la dernière étape de sa vie, devient extrêmement importante. Vous avez raison de dire que l'enjeu ne concerne pas les technologies de l'information, mais il n'en demeure pas moins que certains aînés manifestent un intérêt réel pour la technologie et la connaissent bien. Toutefois, la majorité d'entre eux auront certainement besoin que le personnel de soins de santé leur explique les recherches, les avantages et les risques.

Therefore, I go back to the question of primary care reform, with which we were dealing in the beginning, and even the way doctors are paid. The average doctor, no matter how busy or what his/her style, agonizes over not being able to give the appropriate amount of time, communication and support, particularly to elders or those living with a terminal disease. Thus, we have this problem of tougher decisions, with more potential options being provided, at a time when the doctor and the nurse, or whoever the people closest are, but generally it is the doctor, have less time to actually help patients understand the information and what it might mean to them.

The recommendation that we give particular attention to informed decision making with elders and those with chronic and terminal illness should become an educational commitment in its own right. It is important, because there is so much inappropriate care at end of life, and failure to give good care. I have heard Senator Carstairs talking about the absolute need for proper end of life care. We do not do that anywhere near as well as we ought. There are a lot of inappropriate interventions. That is a good example of where nothing in our current system is helping us to do it right for the group of persons to whom I think we have a special obligation.

Mr. Lozon: You have raised a very broad area. Sometimes, when we talk about the health care system, we talk about adding money, adding technology, better human resources planning, and restructuring of institutions and community care. However, the essence of our existence, caring for people, is what we do well. The strength of our system is that it is based on, as Dr. Kenny said early on, compassion and understanding between one human being and another.

When we talk about building more information systems or doing some reorganization, it is against a backdrop, which we take for granted and perhaps should not, that the compassion in the system is what moves it forward, and that what we do can only be an add-on.

I am actually encouraged by the number of patients who ask me why there is not more information technology accessible to individuals.

The privacy concerns that you touched on are very real. As we move forward with better electronic health records, this question will become more and more delicate. After decades of waiting, I am cautiously optimistic, because information now seems to be a lot more accessible and in a form that is much easier to handle than it used to be.

Mr. Davis: I will comment on the teamwork issue that has arisen a couple times today, how to encourage health professionals to work together, as that working relationship does not seem to be what it once was. That is, more than

J'aimerais donc revenir à la question de la réforme des soins primaires, dont il a été question au début, ainsi qu'au mode de paiement des médecins. Même lorsqu'on ne tient pas compte de l'achalandage ou du style de pratique, la moyenne des médecins sont angoissés par l'idée de ne pas pouvoir accorder aux patients, en particulier les aînés et les personnes aux prises avec une maladie terminale, tout le temps, les communications et le soutien dont ils ont besoin. Ainsi, nous devons prendre des décisions plus difficiles et fournir plus d'options à une époque où le médecin et l'infirmière — ou quiconque est le plus près du patient, mais c'est généralement le médecin — ont moins de temps pour aider le patient à comprendre l'information et comment elle s'applique à lui.

La recommandation selon laquelle nous devrions prêter une attention particulière à la prise de décisions déclarées par les aînés et les personnes atteintes de maladies chroniques ou terminales devrait devenir un engagement ferme envers l'éducation. C'est une question importante, car de nombreuses personnes mourantes reçoivent des soins appropriés. J'ai entendu le sénateur Carstairs parler du besoin absolu de soins convenables en fin de vie. Nous ne sommes même pas près d'atteindre cet objectif. Il y a beaucoup d'interventions inappropriées. Cela montre en quoi notre système actuel ne nous aide aucunement à bien traiter ce groupe de personnes envers lesquelles, selon moi, nous avons une obligation spéciale.

M. Lozon: Vous avez soulevé une question très large. Parfois, lorsqu'on parle du système de soins de santé, on parle d'ajouter de l'argent, de recourir à de nouvelles technologies, d'améliorer la planification des ressources humaines ou de restructurer les établissements et les soins communautaires. Toutefois, notre raison d'être, c'est-à-dire prendre soin des gens, c'est notre point fort. Notre système est fort parce qu'il est fondé sur — comme l'a souligné la Dre Kenny plus tôt — la compassion et la compréhension entre deux êtres humains.

Lorsqu'on parle d'établir des systèmes d'information supplémentaires ou de procéder à une certaine restructuration, nous avons peut-être tendance à ne pas tenir compte du fait que de telles initiatives s'inscrivent dans un système qui repose sur la compassion, et qu'elles ne peuvent être que des compléments.

Je suis vraiment encouragé par le nombre de patients qui me demandent pourquoi les gens ne jouissent pas d'un accès accru aux technologies de l'information.

Les préoccupations que vous avez soulevées concernant la protection des renseignements personnels sont très réelles. Cet enjeu gagne en importance lorsque nous nous efforçons d'assurer une meilleure tenue de dossiers médicaux grâce à des outils électroniques. Après plusieurs décennies d'attente, j'affiche un optimisme prudent, car l'information semble beaucoup plus accessible et est présentée sous une forme beaucoup plus conviviale qu'autrefois.

M. Davis: Je reviens sur la question du travail d'équipe, déjà soulevée à deux reprises aujourd'hui, sur les moyens d'encourager les professionnels de la santé à travailler ensemble, car cette relation de travail n'est plus ce qu'elle était. Il s'agit, d'abord et

anything, a management leadership issue within the delivery system itself. Things can and should happen at the government level in terms of removing some of the legislative barriers.

However, we do need to focus on finding and developing top-quality management and executive leadership for the health care system. It is such a large, complex environment that we should be looking for the best managers, who can lead effectively in this teamwork area.

This is not particular to health care. I was talking to the president of the University of Calgary the other day, who told me that when he tours downtown Calgary and talks to executives from the oil and gas sector and asks what they need the university to produce, they say they want more engineers, but they want engineers and technical people who can work in teams, think laterally, relate to the Aboriginal community, and have that broader range of skills. We have to look for that leadership in health care if we want to encourage this kind of behaviour.

It would be a mistake to think that scope of practice changes, in and of themselves, will automatically facilitate this. This really is a leadership management issue.

The Chairman: I would like to ask the panel two questions that are completely unrelated.

First, can you give us, since you come from five different provinces, a handle on what you see as the federal role in restructuring? One of the reasons I ask is, as you can probably tell from volume 5, we were extremely frustrated when the federal government put \$1 billion into new equipment, which it announced in the September 2000 agreement, without knowing where the money actually went, or even if it went into new equipment. You can read between the lines in volume 5 that our view is, if the federal government is going to institute an earmarked tax, it would need some assurance that, first, the money goes into the health care system and, second, into the sorts of things that we have talked about today, such as restructuring.

The broad question is what kind of role do you see the federal government playing? Is it to contribute money and hope the process works, or is it to put strings, conditions, et cetera, on the money? That is one issue.

Second, as we made clear in the report, the rationale behind our principle 20, the care guarantee, which says to people, "You will have a maximum waiting time for various procedures and the length of the waiting time will depend on the procedure," was to shift the pressure from the patient. Now rationing puts pressure on the patient by lengthening waiting lines and on front-line providers because they are overworked. We want to move that

avant tout, d'une question de leadership de la direction au sein du système de soins de santé. Les gouvernements peuvent éliminer certains obstacles législatifs, et ils devraient le faire.

Toutefois, nous devons nous attacher à recruter des dirigeants de premier ordre pour le système de soins de santé, et à assurer leur perfectionnement. C'est un environnement très large et très complexe, et nous devrions chercher les meilleurs dirigeants, ceux qui peuvent prendre efficacement les commandes dans un contexte où le travail d'équipe prime.

Cette préoccupation n'est pas propre aux soins de santé. L'autre jour, j'ai rencontré le président de l'Université de Calgary. Il m'a raconté que lorsqu'il se rend au centre-ville de Calgary et demande aux dirigeants du secteur du pétrole et du gaz ce qu'ils attendent des universités, ces derniers répondent qu'ils veulent plus d'ingénieurs, mais qu'ils cherchent des ingénieurs et des techniciens qui peuvent travailler en équipe, réfléchir de façon latérale, comprendre les préoccupations des Autochtones et posséder une gamme d'aptitudes plus étendues. Nous devons chercher ce type de dirigeant pour réussir à encourager de tels comportements dans le domaine des soins de santé.

Ce serait une erreur de croire que la modification des champs d'activité, en soi, favoriserait automatiquement le travail d'équipe. C'est vraiment une question de gestion du leadership.

Le président: J'aimerais poser au groupe de témoins deux questions qui n'ont aucun rapport entre elles.

Premièrement, puisque vous provenez de cinq provinces différentes, pourriez-vous nous donner une idée de ce que vous estimez être le rôle du gouvernement fédéral en matière de restructuration? Je pose cette question en partie parce que — comme vous l'avez probablement constaté en lisant le volume 5, nous étions extrêmement frustrés lorsque le gouvernement fédéral a annoncé, dans le cadre de l'entente de septembre 2000, qu'il affecterait un milliard de dollars à l'achat d'équipement, sans qu'on sache vraiment où l'argent est allé, ni même s'il a effectivement été utilisé pour acheter de l'équipement. Si vous lisez entre les lignes, le volume cinq révèle notre point de vue selon lequel le gouvernement fédéral, s'il crée un impôt affecté à une fin spéciale, devra s'assurer que l'argent sera injecté, premièrement, dans le système de soins de santé, et, deuxièmement, dans le type d'initiative dont nous avons parlé aujourd'hui, comme la restructuration.

J'aimerais donc savoir, de façon générale, quel rôle vous attribuez au gouvernement fédéral? Doit-il se contenter d'injecter de l'argent et de se croiser les doigts, ou doit-il exercer un certain pouvoir et assortir son investissement de conditions? C'est la première question.

Deuxièmement, comme nous l'avons expliqué clairement dans le rapport, notre vingtième principe, celui qui porte sur la garantie relative aux soins, qui promet aux gens qu'on établira un délai d'attente maximal pour diverses procédures et que la durée du délai d'attente dépendra de la procédure, avait pour but de déplacer la pression exercée sur le patient. Maintenant, le rationnement exerce de la pression sur le patient, en

pressure back onto the people who created it in the first place through rationing and global budget control — provincial governments.

I do not think we put it quite that bluntly, but that was an important underlying rationale for the care guarantee, aside from the fact that it also dealt with the number one public complaint about the system.

If such a guarantee existed, several of you are in a position where you would either have to deliver on it or see patients go to another jurisdiction, or even to the United States. I would like your comments.

Senator Morin: Many panel members commented on the fact that certain issues were, to use your words, “intensely provincial”: primary care reform, hospital funding and so forth. What do you see as the federal role? Do you have an order of priority for the issues on which you think the federal government could get a handle, as opposed to those that are so intensely provincial that even if we knew what the solution was, we could not really comment on it?

The Chairman: To give an example, on the technology issue, some of us have asked — not facetiously — if you wanted to put \$1 billion into technology, why did you not give them the equipment rather than the money? At least then you would know where the money went.

Has anyone any comments on any of those issues? Most of you have served as deputy ministers at one time or another.

Mr. Forget, I see you are the only one who served as a minister. I will start with you.

Mr. Forget: Chairman, you are aware that in my earlier appearance before you, I tried to steer away from federal-provincial issues, but the question is put so directly. Eventually, I think it is critical to the success of your recommendation.

Ottawa and the provinces are in this boat together, so to speak. They can decide to play a cooperative game or they can decide to play an uncooperative game. Of course, we have examples of those uncooperative behaviours from the provincial perspective.

An uncooperative game is to blame all the things that go wrong on the federal government, because of transfer cuts, and to try to steer their own separate way on issues of political saliency. Those are not always the same, obviously.

I would say the federal government’s uncooperative game would be to say, “Let us carve out something that we can do directly without any agreement about fundamental health issues with the provinces and have isolated, self-contained federal programs.” We have a few historical examples of those, also. I remember from my days in politics that there was something called a “local initiatives program,” which created a great deal of

prolongeant le délai d’attente, et sur les fournisseurs de services de première ligne, car ils sont surchargés. Nous voulons remettre cette pression sur ceux qui l’ont créée au moyen d’une mesure de rationnement et de contrôle budgétaire globaux, c’est-à-dire les gouvernements provinciaux.

Je ne crois pas que nous l’ayons dit aussi brusquement, mais c’est un important facteur sous-jacent de la garantie de soins, outre le fait que la garantie visait à résoudre la principale plainte concernant le système.

Si une telle garantie existait, plusieurs d’entre vous seriez tenus de la respecter ou de voir les patients se faire soigner ailleurs, peut-être aux États-Unis. J’aimerais entendre vos commentaires sur cette question.

Le sénateur Morin: De nombreux membres du groupe de témoins ont signalé que certains enjeux étaient, pour vous citer, «purement provinciaux», comme la réforme des soins primaires, le financement des hôpitaux et ainsi de suite. Selon vous, quel est le rôle du fédéral? Avez-vous une idée de l’ordre de priorité des enjeux à l’égard desquels le gouvernement fédéral pourrait réagir, contrairement à ceux qui relèvent de compétences qui sont si purement provinciales qu’on ne pourrait pas vraiment proposer de solutions même s’il y en avait une?

Le président: Prenons l’exemple de la technologie. Certains d’entre nous ont demandé — le plus sérieusement du monde — pourquoi, si vous vouliez injecter un milliard de dollars dans la technologie, vous n’avez pas donné l’équipement au lieu de verser l’argent? Au moins, vous auriez su où était allé l’argent.

Est-ce que quelqu’un aimerait commenter? La plupart d’entre vous avez exercé les fonctions de sous-ministre à un moment ou à un autre?

Monsieur Forget, je vois que vous êtes le seul à avoir été ministre. Je commencerai par vous.

M. Forget: Monsieur le président, vous vous souviendrez que j’ai tenté, à l’occasion de ma dernière intervention devant votre comité, de dévier des questions fédérales-provinciales, mais cette dernière question est si directe. Finalement, je crois qu’elle est essentielle au succès de votre recommandation.

Ottawa et les provinces sont, pour ainsi dire, dans le même bateau. Ils peuvent décider de coopérer ou de ne pas coopérer. Bien sûr, nous avons des exemples de comportements peu coopératifs de la part des provinces.

À titre d’exemple, le fait d’attribuer tous les problèmes à la réduction des transferts du gouvernement fédéral, et de tenter de tirer la couverture de son côté sur des questions de visibilité politique, dénote une attitude peu coopérative. Évidemment, ces enjeux varient d’un territoire à l’autre.

Pour sa part, le gouvernement fédéral pourrait se montrer peu coopératif en adoptant l’attitude suivante: «Établissons quelque chose qui peut être exécuté sans conclure d’entente avec les provinces sur les enjeux fondamentaux de la santé, et créons des programmes fédéraux autonomes et isolés.» On peut aussi trouver quelques exemples de cela. À l’époque où j’étais en politique, je me souviens d’un «programme d’initiatives locales» qui avait

resentment provincially because it was seed money, and after three years, most of those grants ran out. Of course, the political problem was you-know-where, and it created distortion and political angst.

I believe it is more constructive to at least attempt a cooperative game. A cooperative game would imply doing away with this dissension that Dr. Morin was implying in his question. Is there something that we can parcel out to the total mass of health care programs, whether or not the provinces agree, and be sure that the money is spent for those purposes?

On the contrary, and this is what I tried to say in my remarks, with regard to those things that are intensely provincial, Ottawa can, quite paradoxically, play a very significant role, but that implies sharing the political odium as a result of the major transformations that are needed. That will not take place unaided in individual provinces, or else it would have already done so. These problems have been known for a long time, but it is simply politically almost impossible to crack those nuts unless there is a concerted effort. The whole issue of professional corporations and the very compartmentalized unionization of all these groups superimpose another degree of rigidity. The question of which services are covered and which are not is very important. It is crucial. It is more important than equipment. Equipment would take care of itself if we had a well-functioning system, because there would be a demand, and perhaps a funding system through services provided rather than through global budgeting.

It is not logical, whenever an input is deficient, to say that the government has to intervene and solve the problem. These are managerial issues. Let us ask ourselves why the managers, who can see those problems, are not able to resolve them. They are not able to resolve them because they live in straightjackets. Let us change that and, in so doing, the federal government can take a leadership role in intensely provincial matters, not to replace the provinces or do things in spite of them, but with their cooperation.

It is like the prisoner's dilemma. Either you do this cooperatively and you achieve a greater good for all, or you try to optimize your position separately, then it will get worse rather than better.

You will solve one problem and create another one in the process.

It seems to me that the big challenge is not to try to separate federal from provincial concerns, but to attack the whole issue. I cannot believe that the provinces, if approached in the right way, and in spite of the past history of cynicism and so on, would not respond if they knew that the federal government was prepared to share the political cost of making changes. Let's face it, it is not just a question of playing Father Christmas and saying, "Here is \$1 billion." It looks nice, sounds nice and is nice, but it is free in political terms. You are doing something to the system that will

beaucoup froissé les provinces, car il s'agissait de subventions de démarrage, et la plupart de ces subventions s'étaient épuisées après trois ans. Bien sûr, le problème politique était où vous savez, et cela a suscité beaucoup de bruit et d'angoisse sur le plan politique.

Je crois qu'il est plus constructif d'au moins essayer de coopérer. Pour ce faire, il faudrait se défaire de cette dissension à laquelle faisait allusion le Dr Morin dans sa question. Est-il possible d'attribuer quelque chose à l'ensemble des programmes de soins de santé, avec ou sans l'accord des provinces, et d'être certain que l'argent sera utilisé aux fins prévues?

Au contraire — et c'est ce que j'ai tenté de faire ressortir dans mes remarques —, pour ce qui est de ces aspects qui sont purement provinciaux, Ottawa peut, paradoxalement, jouer un rôle très important, mais cela suppose de porter conjointement l'odieux politique qui découlerait des grandes transformations qui s'imposent. De tels changements ne peuvent avoir lieu sans l'aide d'une province donnée, sinon ce serait déjà fait. On connaît ces problèmes depuis longtemps, mais, politiquement, il est presque impossible de résoudre ces questions sans concertation. De plus, les ordres professionnels et la syndicalisation très compartimentée de tous ces groupes ajoutent à la rigidité du processus. Il est très important de déterminer quels services sont couverts et lesquels ne le sont pas. C'est une question cruciale. Elle est plus importante que celle de l'équipement. La question de l'équipement pourrait se résoudre toute seule si notre système fonctionnait bien, car il y aurait une demande et, peut-être, un système de financement fondé non pas sur le budget global, mais bien sur la prestation de services.

Il n'est pas logique, lorsqu'un problème survient, de dire que le gouvernement doit intervenir et résoudre le problème. Ce sont des questions de gestion. Nous devons nous demander pourquoi les gestionnaires, c'est-à-dire ceux qui constatent l'existence de ces problèmes, ne sont pas en mesure de les résoudre. Ils ne sont pas capables de les résoudre parce qu'ils portent des camisoles de force. Changeons tout cela, et le gouvernement fédéral pourra jouer un rôle déterminant à l'égard de questions relevant de compétences purement provinciales, non pas pour remplacer les provinces ou leur forcer la main, mais bien avec leur coopération.

C'est comme le dilemme du prisonnier. On peut coopérer pour le bien de tous ou tenter d'optimiser nos positions respectives séparément, ce qui aggravera les choses.

On résout un problème et on en crée un autre en même temps.

À mon avis, le défi consiste non pas à distinguer les compétences fédérales des compétences provinciales, mais bien à s'attaquer à l'ensemble du problème. Je crois que si on pressent les provinces de la bonne façon, elles réagiront positivement si elles savent que le gouvernement fédéral est disposé à partager le coût politique lié aux changements, malgré le cynisme qui a marqué les tentatives antérieures. Avouons-le, il ne s'agit pas uniquement de jouer au Père Noël et de dire: «Voici un milliard de dollars.» Cela paraît bien et semble gentil, mais c'est un geste politique tout à

inevitably make enemies. Too many forces have to be disturbed, so you cannot do this free of charge, politically speaking. People will hate you, but it must be done.

Mr. Lozon: It is always a bad idea to follow someone as eloquent as Mr. Forget, but I would echo his comments about a cooperative approach on this one, sharing in both the benefit and the pain.

I will speak about characteristics of what I would call an "expanded federal funding role." First, it has to be full funding. It cannot be partial. It is not a matter of leveraging additional monies out of the provinces.

The Chairman: To be clear, you mean it is not a cost-shared formula where we pay X and they pay —

Mr. Lozon: It goes to my second point on targeted funding. If you target funding, it cannot be partial. It is fully funded, it is targeted, and most importantly, it is continuing.

There is a feeling at the federal-provincial table that the federal government will put money in when they have money, and take it out when they do not and can do both with impunity. I do not think that that is the spirit of what Mr. Forget was talking about. I would look at continuing and targeted full funding.

I would actually compliment the federal government, which I think has been quite strategic in some of its investments. The investment in the Canadian Institute for Health Informatics is a good one. The investment in health research innovation is tremendously important for this country. The Health Infoway is also a very good investment. They have done some things right, strategically. As Mr. Forget said, if approached properly, the provinces will be part of it.

I would like to add one point for your consideration, which is the future health and vitality of Canada's medical schools and academic health sciences centres.

Senator Morin: I was at the dean's meeting over the weekend in beautiful Calgary, and they mentioned exactly that.

Mr. Scott: I would agree with all of that. However, a serious credibility problem arises from not just a few years, but several decades of what the provinces might see as the federal government being in and out of various funding programs, as and when they feel like it. I am somewhat depressed to think we are at a point now where what we need to do first is develop a little confidence before we can restore the cooperation at both levels. I think the first step is some concept of stable funding, and you have addressed this.

fait gratuit. C'est un geste qui, inévitablement, divisera les intervenants dans le système. Trop de forces doivent être dérangées, de sorte qu'il est impossible, politiquement, d'apporter des changements sans qu'il y ait de répercussions. Les gens vous détesteront, mais c'est ce qui doit être fait.

M. Lozon: Il n'est jamais idéal de prendre la parole après une personne aussi éloquente que M. Forget, mais je tiens à soutenir ses commentaires sur l'adoption d'une approche coopérative, son importance d'assumer conjointement les avantages et les désagréments.

Je parlerai des caractéristiques de ce que j'appellerais un «rôle étendu du gouvernement fédéral au chapitre du financement». Premièrement, le financement doit être complet. Il ne saurait être partiel. Il ne s'agit pas d'aller chercher des sommes supplémentaires auprès des provinces.

Le président: Pour être clair, vous ne parlez pas d'une formule de partage des coûts où nous payons X et ils paient...

M. Lozon: Cela correspond à mon deuxième point c'est-à-dire le financement ciblé. Si le financement est ciblé, il ne peut être partiel. Il s'agit d'un financement complet, ciblé et, plus important encore, permanent.

À la table de négociation fédérale-provinciale, on a l'impression que le gouvernement fédéral peut impunément injecter de l'argent lorsqu'il en a, et le retirer lorsqu'il n'en a pas. Je ne crois pas que cela reflète l'esprit de coopération dont parlait M. Forget. Je crois que nous devrions envisager un financement complet, ciblé et permanent.

En fait, j'ai des compliments pour le gouvernement fédéral, qui, selon moi, a effectué quelques investissements stratégiques. L'investissement dans l'Institut canadien d'information sur la santé est judicieux. L'investissement dans l'innovation en matière de recherche sur la santé est énormément important pour notre pays. L'Inforoute santé est aussi un très bon investissement. D'un point de vue stratégique, le gouvernement a pris de bonnes décisions. Comme l'a souligné M. Forget, les provinces coopéreront si on les pressent d'une façon convenable.

Enfin, j'aimerais porter un dernier point à votre attention, soit la santé et la vitalité futures des écoles de médecine et des centres médico-hospitaliers universitaires du Canada.

Le sénateur Morin: J'ai assisté à la rencontre des doyens au cours de la fin de semaine, dans la belle ville de Calgary, et c'est exactement ce qu'ils ont dit.

M. Scott: Je suis d'accord avec tout cela. Toutefois, cela occasionne un grave problème de crédibilité, car il faudra effacer ce que les provinces perçoivent non pas comme quelques années, mais bien comme plusieurs décennies de participation du gouvernement fédéral à divers programmes de financement, au gré de ses caprices. Je crois qu'il est plutôt déprimant de voir que nous en sommes au point où il faut d'abord rétablir la confiance avant d'obtenir une coopération des deux ordres de gouvernement. Je crois que la première étape consiste à adopter une certaine forme de financement stable, et vous avez abordé cette question.

The Chairman: Stable funding for the current system as opposed to a restructured one?

Mr. Scott: Yes, so there is a clear understanding that there is a longer-term commitment from the provincial and federal governments, and that they are actually in the same game in terms of paying for what they have now, even though that may not be enough. If there were some stable, longer-term perspective on this, then moving into dedicated funding in other areas would be much more successful.

Not to be too cynical about it, but if, for example, you granted my wish and created dedicated funding for speeding up the development of information systems across the country, I know that some senior provincial people would say we just want the information to show they are not doing a good job now because we underfunded them in these other areas. That kind of cynicism has to be addressed, and I think the first step is stable funding.

Mr. Davis: The federal government absolutely must take more of a role in the financial support of the health care system. When you control as much of the tax base as they do, it just flies in the face of logic that they would not participate more fully in the country's most significant social program.

If you look at what the federal government spends its money on, it pays interest on debt and it transfers money to individuals, but it does not really participate significantly in health care or education, notwithstanding the CHST. They have to get more into the game, and I would suggest a per-capita, age-adjusted amount that goes to every province, irrespective of the equalization system and CHST, a basic, floor amount. The interstate highway system in the United States would never have been built without some base level funding and dedicated revenues to support it.

I have already talked about tax incentives for encouraging wellness behaviour. There is a huge opportunity there, because the federal government largely controls taxation in this country. However, I would diverge from my colleagues over the idea that everything must be a cooperative venture between the provinces and the federal government, because it will simply not happen. There can be federal-provincial meeting after meeting at the ministerial or deputy ministerial level, and the current federal Minister of Health is probably as good at building consensus as anyone holding political office in that area anywhere in the country, but I still think it will be difficult.

It should be much like the CFI, which I think was a brilliantly strategic move, and is actually working very well. The provinces did not agree with it and objected vehemently when it was a —

The Chairman: CFI being the Canadian Foundation for Innovation.

Mr. Davis: Yes. It is doing exactly what it is supposed to do. It is focusing on excellence and research-capacity building, and the provinces are now supporting it because they can see the benefit.

Le président: Parlez-vous de financement stable pour le système actuel, par opposition à un système restructuré?

M. Scott: Oui, de façon à ce qu'on établisse clairement qu'il y a un engagement à long terme des gouvernements provinciaux et fédéral, et qu'ils collaborent réellement afin de payer ce qu'il y a à payer maintenant, même si cela n'est peut-être pas suffisant. En adoptant une perspective à long terme, plus stable, on est plus susceptible de réussir la transition vers un financement ciblé dans d'autres domaines.

Si, par exemple, vous exauciez mon vœu et affectiez des fonds pour accélérer l'établissement de systèmes d'information partout au pays, je sais que certains dirigeants provinciaux avanceraient que nous voulons seulement montrer qu'ils ne font pas du bon travail, car on les a sous-financés dans ces autres domaines. Nous devons mettre fin à ce cynisme, et je crois que la première étape consiste à prévoir un financement stable.

M. Davis: Le gouvernement fédéral doit absolument assumer un rôle plus important au chapitre du soutien financier du système de soins de santé. Lorsqu'un gouvernement contrôle une part si importante de l'assiette fiscale, il est tout à fait illogique de ne pas participer plus pleinement au plus gros programme social du pays.

Si on se penche sur les dépenses du gouvernement fédéral, on découvre qu'il paie l'intérêt sur sa dette et transfère de l'argent à des particuliers, mais qu'il ne participe pas vraiment de façon significative aux soins de santé ou à l'éducation, nonobstant le TCSPS. Le gouvernement doit s'investir davantage, et, pour ce faire, je proposerais le versement d'un montant par habitant, ajusté selon l'âge, à chaque province, sans tenir compte du régime de péréquation et du TCSPS, une somme plancher. Aux États-Unis, le réseau routier inter-États n'aurait jamais été créé si on n'y avait pas affecté un financement de base et certains revenus.

J'ai déjà parlé du recours à des incitatifs fiscaux pour encourager l'adoption de comportements favorisant le mieux-être. C'est là une occasion importante, car le gouvernement fédéral contrôle largement l'imposition au pays. Toutefois, je n'adhère pas à l'idée de mes collègues selon laquelle toute initiative doit découler d'une coopération entre les provinces et le gouvernement fédéral, car cela ne se produira tout simplement pas. On peut tenir une série de rencontres des ministres ou sous-ministres fédéraux-provinciaux, et le ministre fédéral de la Santé actuel est probablement aussi apte que tous autres élus responsables de ce domaine au pays, mais je crois toujours que ce sera difficile.

Ce serait comme la FCI, une initiative stratégique brillante qui fonctionne très bien. Les provinces n'étaient pas d'accord, et elles se sont opposées énergiquement lorsque...

Le président: Vous faites référence à la Fondation canadienne pour l'innovation?

M. Davis: Oui. La fondation fait exactement ce qu'elle doit faire. Elle met l'accent sur l'excellence et le renforcement des capacités de recherche, et les provinces ont fini par la soutenir, car elles voient les avantages que la Fondation procure.

The one area I see with real potential for federal investment is the electronic health record. If you want a national health care system, you need a national record. To say this cannot be done, or it has to be done in consultation with the provinces, with every health system in the country, is very Canadian, but look at the development of national and international information systems, of which there are many. You can put your Visa card in an ATM anywhere in the world and engage in a fairly confidential, complex financial transaction. I would encourage the federal government to simply build the national electronic health record, fund it, if they want, as a utility with a transaction fee attached — however they want to do it — and develop it with IT architecture that is sufficiently open that pieces can be added on at the local level. Notwithstanding that we are going to try to do some things with this in Calgary and work with Mr. Lozon and Canada Health, we have multi-region consortiums trying to put together provincial consortiums. This thing will be very complex if we do it that way. This is one area where the technology is available, and it just takes will and some significant financial investment. Go out and do it. That will do more to ensure publicly funded health care in a national health care system in Canada in perpetuity than any other single action.

Senator Roche: I am hearing several comments that express the same view: the additional money needed for the restructuring of the Canada health system should come from the federal government alone.

Mr. Davis: I would not say that. Rather, I say that they need to pick which horses to ride carefully and to stay below the level of high public visibility, putting in place the basic infrastructure for an electronic health record, even though it has controversial components. I do not think they should become involved in primary care reform or reforming the delivery side of the system.

They need to put the basic infrastructure in place. It would be nice if we had a good TransCanada Highway across the country, because that would have certain economic benefits for many provinces. It is the same with the electronic health record. That would enable primary care reform and cost-containment efficiency, and allow the provincial jurisdictions to move forward with restructuring and reform.

The federal government has gone down a poorly thought-out path, funding 10,000 pilot projects on every type of reform imaginable. It created a huge amount of work for people to prepare submissions and evaluate them. The provinces have created bureaucracies to manage both the federal government and us. It has placed a great deal of pressure on many of our providers, who have become better at writing proposals and evaluating them, or spend more of their time doing it, than at delivering care.

Le seul domaine où je vois un réel potentiel d'investissement fédéral est la création du dossier médical électronique. Si on veut un système national de soins de santé, il faut un dossier médical national. Il est tout à fait canadien d'avancer que cela ne peut être fait, ou qu'il faut le faire en consultation avec les provinces, avec tous les systèmes de santé du pays, mais il suffit de penser au nombreux systèmes nationaux et internationaux d'information. Il est possible d'utiliser sa carte Visa dans un guichet automatique partout dans le monde, et de procéder à une transaction financière assez confidentielle et complexe. J'encouragerais le gouvernement fédéral à créer tout simplement le dossier médical électronique national, à le financer, et, s'il le veut, à le considérer comme un service assorti de frais de transaction — ou d'une autre structure convenable — et d'adopter une architecture de TI assez souple pour qu'on puisse y ajouter des volets à l'échelon local. Nonobstant les efforts que nous allons déployer en ce sens à Calgary ainsi que les travaux avec M. Lozon et Santé Canada, nous avons des consortiums multirégionaux qui tentent d'établir des consortiums provinciaux. Ce sera très complexe si on procède de cette façon. Il s'agit d'un domaine où la technologie est disponible, et il suffit de faire preuve de volonté et d'effectuer un investissement considérable. Allons-y. Une telle initiative contribuera davantage à la pérennité des soins de santé publics dans un système national de soins de santé que toute autre initiative isolée.

Le sénateur Roche: J'ai entendu plusieurs commentaires qui abondent dans le même sens: l'argent supplémentaire nécessaire à la restructuration du système de santé canadien devrait provenir uniquement du gouvernement fédéral.

M. Davis: Je ne dirais pas cela; ce que je dis, c'est qu'il doit choisir soigneusement ses initiatives et se faire discret, de façon à mettre en place l'infrastructure de base d'un dossier médical électronique, même si certaines composantes sont controversées. Je ne crois pas que le gouvernement fédéral devrait prendre part à la réforme des soins primaires ou des aspects du système qui sont liés à la prestation de services.

Il doit mettre sur pied l'infrastructure de base. Ce serait bien d'avoir une bonne route transcanadienne, car cela procurerait certains avantages économiques pour de nombreuses provinces. Il en va de même pour le dossier médical électronique. Il permettrait une réforme des soins primaires et favoriserait le contrôle des coûts, de sorte que les autorités provinciales auraient la possibilité de procéder à une restructuration et à une réforme.

Le gouvernement fédéral s'est engagé dans une certaine voie sans y réfléchir de façon approfondie, et a financé 10 000 projets pilotes liés à tous les types de réforme imaginables. Cela a créé énormément de travail au chapitre de la préparation et de l'évaluation des soumissions. Les provinces ont dû se doter de bureaucraties pour gérer les initiatives du gouvernement fédéral et leurs propres initiatives. Cela a exercé une pression énorme sur nombre de fournisseurs, qui sont devenus plus efficaces pour rédiger et évaluer des propositions que pour dispenser des soins, ou qui y consacrent plus de temps.

Senator Roche: If all this were done, would it obviate the need for the provinces to put money into reform of the delivery system? Would reforms flow out of the national projection that you have been talking about?

Mr. Davis: There is always a cost to restructuring anything. If you have that enabling infrastructure in place, it makes it easier and less expensive. What is the biggest part of the reform? There is much deep thinking going on throughout the country on how to reform the delivery system. We are missing the enablers, and one thing that has come up is information, which goes back to the electronic health record and the common master patient index.

Dr. Kenny: Until about three minutes ago, I thought I would jump up and down and say, "I can agree with Mr. Davis today." Then he said something with which I can only half agree. Mr. Lozon indicated earlier that he was concerned about the scope and the timing of what you are doing. If, in fact, under the general rubric of improved information for good decision making by all partners, you are narrowing it down, we should pick the electronic health record. The power of that to help us think differently about so many other things is crucially important. I am able to go to Africa and put my Interac card from Scotiabank in a machine and it will debit my account in Canadian dollars as it dispenses South African rand.

If you were to begin to think about the scope and low-hanging fruit, go for that one. I think it is the key to a different mind-set about the use of information and evidence in informed decision-making.

I do not know how the federal government will do this, but I believe only it can. It has to do with the reform of primary care. I cannot walk out of the room today without saying what you have heard repeatedly and what you have identified very well. Our inability to accomplish substantial reform of primary care goes to the heart of this issue about medieval guilds, the sharing of power and the inflexibility of our unions. It is central. It is not that reforming primary care would reform all care, but you must get a better grip on this collaborative team issue and more appropriate use of expertise.

I am stuck on what to say the federal government might do, other than provide some kind of moral leadership. Perhaps I will wake up at 2:00 a.m. with a brilliant thought. I need to put it on the table.

It is so incredibly frustrating to live in a province that receives federal money for one of these pilot projects, and the description you heard of the time and energy that are put into these things was modest. They are small, and even when they are successful, nothing happens. The money stops after the project is concluded, even when you know it worked well. We used to call them the "boutique programs." It is a serious issue, and if you are to recommend targeting federal money, you will have to see how it

Le sénateur Roche: Si de telles mesures étaient prises, est-ce que cela éliminerait le besoin pour les provinces d'injecter de l'argent dans la réforme du réseau de prestation de services? Est-ce que les réformes découleraient de cette extrapolation nationale dont vous avez parlé?

M. Davis: Toute restructuration a un coût. Par contre, si on est doté de cette infrastructure habilitante, l'initiative devient plus facile et moins coûteuse. Quelle est la plus grande partie de la réforme? Partout au pays, on réfléchit beaucoup à la façon de réformer le réseau de services. Il nous manque les facteurs habilitants, et l'un des facteurs mentionnés est l'information, ce qui nous ramène à la réalité d'un dossier médical électronique et d'un répertoire central des dossiers.

La Dre Kenny: Jusqu'à il y a environ trois minutes, je croyais pouvoir m'exclamer «Je suis d'accord avec M. Davis aujourd'hui.» Ensuite, il a dit quelque chose que je n'accepte qu'à moitié. M. Lozon a mentionné plus tôt qu'il était préoccupé par la portée et l'opportunité de ce que vous faites. Si, de fait, sous la rubrique générale de l'amélioration de l'information pour favoriser la prise de décisions éclairées par tous les partenaires, vous en limitez la portée, nous devrions opter pour le dossier médical électronique. Le pouvoir de cette initiative de nous aider à penser différemment à un si grand nombre d'autres choses est d'une importance cruciale. Je suis capable d'aller en Afrique, d'utiliser ma carte Interac de la Banque Scotia dans un guichet automatique, je reçois des rand sud-africains, et on porte une somme en dollars canadiens au débit de mon compte.

Si vous vous mettez à réfléchir à la portée et à la solution de facilité, optez pour celle-là. Je crois que c'est un élément clé pour l'adoption d'une attitude différente concernant l'utilisation de l'information et des preuves pour la prise de décisions éclairées.

Je ne sais pas comment le gouvernement fédéral y parviendra, mais je crois qu'il est le seul à pouvoir le faire. C'est lié à la réforme des soins primaires. Je ne peux quitter la séance d'aujourd'hui sans vous répéter ce que l'on vous a déjà dit à maintes reprises, et que vous avez très bien compris. Notre incapacité de procéder à une réforme importante des soins primaires découle directement des problèmes liés aux chasses gardées, au partage des pouvoirs et à la rigidité de nos syndicats. C'est un problème fondamental. Ce n'est pas que la réforme des soins primaires occasionnerait la réforme de tous les soins; il faut mieux saisir cette question de collaboration et utiliser l'expertise dont on dispose de façon plus appropriée.

J'ignore ce que le gouvernement fédéral pourrait faire, à part assurer une certaine forme de leadership moral. Peut-être qu'une idée géniale me viendra vers 2 heures du matin. Je dois néanmoins soulever la question.

Il est tellement frustrant de vivre dans une province qui reçoit des fonds fédéraux pour l'un de ces projets pilotes, — et la description que nous avons entendue concernant le temps et l'énergie consacrés à ces projets était modeste. Il s'agit de petits projets, et même lorsqu'ils réussissent, rien ne se produit. Le financement cesse lorsque le projet prend fin, même lorsqu'on sait que le projet fonctionnait bien. On les qualifiait de «programmes de boutique». C'est un enjeu important, et si vous songez à

fits into a sustainable transformation. Otherwise, it is more trouble than it is worth. It has to be the full amount, because obtaining federal grants that have to be matched may be fine when you are sitting in Vancouver or Toronto. However, when you are sitting in Halifax, the fact that you have \$500,000 in grant money means nothing if you cannot get the other one-half million dollars. It is so demoralizing. It has to be up front and targeted. Make it so that you can see the difference. You have to think about the central importance of primary care reform in all of this.

The Chairman: You emphasized that the funding has to be continuing.

Mr. Davis: Do not lose sight of the federal role that does not cost any money at all — the moral leadership, and getting out there with more solutions and a less adversarial approach. This is where I believe they could be helpful in primary care reform, by getting the three or four key issues on the table in a positive and constructive way to help provinces move forward rather than limiting them.

The current Minister of Health can help play that role. It is important to speak to Canadians with a single voice to indicate that we need to move forward. Positive groundwork could be laid for the electronic health record, which will be controversial at some point. Our political leadership needs to tell people not to be afraid of this. There are issues, but we will work through them. The overall benefit of this will be huge, so let us embrace it and move forward.

Dr. Vertesi: I agree with Mr. Davis's comments, especially about the electronic health record.

I would like to emphasize a few points. Just as important as what the federal government should do is what it should not do.

I want to raise an image of something as important as primary care reform. I agree with Dr. Kenny on how important it is, and I want you to think about how it feels to have your mother-in-law tell you how to do things, as well meaning as she is. It does not work. There are some things, such as primary health care reform, that have to be done by the providers, because the detail is incredibly important. The federal government cannot complete this and cannot look after the detail.

We need to allow some variation from province to province to permit them to try different processes that fit their local needs, and so they can try things with which they are not familiar to find out if they work. The federal government, as well meaning as it is, can disrupt that process.

I am surprised that no one touched on the Canada Health Act, which of course is the main source of federal intervention in health care.

recommander le versement de financement fédéral ciblé, vous devrez déterminer comment une telle formule pourra mener à une transformation durable. Sinon, le jeu n'en vaut pas la chandelle. Le financement doit être total, car l'obtention de subventions fédérales qui supposent une contrepartie ne sont acceptables que lorsqu'on se trouve à Vancouver ou à Toronto. Cependant, lorsqu'on est à Halifax, il est inutile d'avoir 500 000 \$ de subventions si on est incapable d'obtenir l'autre demi-million de dollars. C'est si démoralisant. Il doit s'agir de financement initial ciblé. Vous devez vous assurer d'obtenir des résultats visibles. Votre initiative doit tenir compte de l'importance cruciale de la réforme des soins primaires.

Le président: Vous insistez sur le fait que le financement doit être permanent.

M. Davis: Ne perdez pas de vue le fait que le rôle du gouvernement fédéral ne coûte absolument rien: assurer un leadership moral, tenter de proposer davantage de solutions et adopter une attitude moins antagoniste. C'est, selon moi, à cet égard que le gouvernement fédéral pourrait contribuer à la réforme des soins primaires, c'est-à-dire en présentant les trois ou quatre enjeux clés d'une façon positive et constructive, de façon à aider les provinces à aller de l'avant au lieu de les limiter.

Le ministre de la Santé actuel peut jouer ce rôle. Il est important de tenir le même langage auprès des Canadiens, pour montrer que nous devons aller de l'avant. On pourrait jeter des bases positives à l'égard du dossier médical électronique, qui, à une certaine étape, sera controversé. Nos dirigeants politiques doivent dire aux gens de ne pas avoir peur. Il y a des problèmes, mais nous allons les résoudre. Cette initiative procurera d'énormes avantages globaux, et c'est pourquoi nous devons saisir l'occasion et aller de l'avant.

Le Dr Vertesi: Je suis d'accord avec M. Davis, surtout en ce qui concerne le dossier médical électronique.

J'aimerais insister sur quelques points. Même s'il est important pour le gouvernement fédéral de savoir ce qu'il devrait faire, il est tout aussi important qu'il sache ce qu'il ne doit pas faire.

Voici une image qui vous permettra de mettre en contexte l'importance de la réforme des soins primaires. Je suis d'accord avec la Dre Kenny lorsqu'elle insiste sur l'importance de cette réforme, et je vous invite à vous demander comment vous vous sentiriez si votre belle-mère vous disait comment faire les choses, même avec les meilleures intentions. Cela ne fonctionne pas. Il y a des choses, comme la réforme des soins de santé primaires, qui doivent être effectuées par les fournisseurs, car le souci du détail est incroyablement important. Le gouvernement fédéral ne peut y parvenir et ne peut se pencher sur les détails.

Nous devons fournir aux provinces suffisamment de souplesse pour leur permettre d'adopter les processus qui répondent le mieux à leurs besoins locaux et mettre à l'essai certaines choses qu'elles ne connaissent pas bien. Le gouvernement fédéral, malgré toutes ses bonnes intentions, peut miner cette souplesse.

Je m'étonne que personne ne parle de la Loi canadienne sur la santé, qui est, bien sûr, la principale source d'intervention fédérale dans le domaine des soins de santé.

It has been talked about a lot in the press. I do not sit at the ministerial table, but what I hear is that the federal government is inhibiting certain needed flexibilities. I hear of provincial governments not wanting to break the law, but who are willing to play right on the edge of the fence.

One role of the federal government is not to get in the way. If the Canada Health Act gets in the way, we need to do something about that. The main purpose of the Canada Health Act was to ensure access. That is fine; I am all for that. The question is, does it still ensure access? In the days when it was written, the inability to pay for services was considered a surrogate for lack of access, and it was used that way. Is that still the case? I suggest it is not, or at least it is only a small part of it.

If the Canada Health Act wants to ensure access, it should refer to that and measure it.

Senator Keon: I talked about low-hanging fruit, and I am happy to see there is universal agreement that an electronic record is a top priority and that the federal government should pay to get it done.

The other point I raised is more important. I do not want you to leave without addressing this again. That is, the new generation of health professionals. I suspect there will be strong support for another infusion of cash into the 16 medical schools to deal with medical manpower. However, I think that doing that in isolation would be a mistake. If we do not look at a new generation of manpower and simply infuse cash into the medical and nursing schools, it will stop there. I believe we need more than that now.

The hour is late, but I did not want that to fall off the table.

Mr. Davis: My only comment is the one I raised earlier, that all of these strategic manpower plans by governments generally fail because the time frames are too far out and the complexity of the issue is not fully appreciated before the plan is put in place. This does need to be thought through carefully. The whole labour market mobility issue is a big part of this. We have done little to restrict market mobility in the health professions area, and many people advocate that, but if we start doing it, what will be the implications?

We need to look at restrictions on mobility, the mix of professionals and who can do what where. That might be the kind of thing that an expert panel should look at to provide guidance to all governments. I think we can build the electronic health record. I am not sure you can solve that problem at the federal level.

Les médias en ont beaucoup parlé. Je ne suis pas assis à la table ministérielle, mais j'entends dire que le gouvernement fédéral inhibe cette souplesse dont ont besoin les provinces. J'entends parler de gouvernements provinciaux qui ne veulent pas enfreindre la loi, mais qui sont prêts à en tester les limites.

L'un des rôles du gouvernement fédéral consiste à ne pas gêner le travail des provinces. Si c'est ce que fait la Loi canadienne sur la santé, nous devons corriger la situation. L'objectif principal de la Loi canadienne sur la santé était d'assurer l'accès aux soins. C'est un objectif que j'appuie tout à fait. Toutefois, est-ce que la loi atteint encore son objectif? À l'époque où on l'a rédigée, l'incapacité de payer les services était considérée comme un substitut pour l'absence d'accès, et on l'utilisait comme telle. Est-ce toujours le cas? J'avancerais que non, ou, du moins, qu'il s'agit uniquement de cas isolés.

Si la Loi canadienne sur la santé veut garantir l'accès, elle devrait faire référence à cette réalité et la mesurer.

Le sénateur Keon: J'ai parlé des solutions de facilité, et je suis heureux de voir que tout le monde s'entend sur le fait que la création d'un dossier médical électronique est une priorité et que le gouvernement fédéral devrait en assumer le coût.

L'autre point que j'ai soulevé est plus important. Je ne veux pas que vous quittiez cette séance sans revoir la question de la relève, de la nouvelle génération de professionnels de la santé. J'ai l'impression que l'on appuiera fortement l'idée d'injecter des fonds supplémentaires dans les 16 écoles de médecine pour assurer une relève médicale. Toutefois, je crois qu'il serait erroné de se contenter de cette mesure. Si on se contente d'investir dans les écoles de médecine et de sciences infirmières sans nous demander ce que nous attendons de cette nouvelle génération, l'initiative sera limitée. Je crois que nous devons faire plus que cela maintenant.

Il se fait tard, mais je ne voulais pas que cette question soit occultée.

M. Davis: Mon seul commentaire est celui que j'ai déjà soulevé, c'est-à-dire que tous ces plans stratégiques de main-d'œuvre des gouvernements mènent généralement à l'échec, car les périodes de référence sont trop longues, et toute la complexité de l'enjeu ne peut être appréciée pleinement avant que le plan ne soit établi. La question doit effectivement faire l'objet d'une réflexion approfondie. La mobilité de la main-d'œuvre est un aspect important de cette question. Nous avons fait bien peu de choses pour limiter la mobilité de la main-d'œuvre dans le domaine des soins de santé — et de nombreuses personnes demandent qu'on le fasse —, mais quelle serait l'incidence de telles mesures?

Nous devons nous pencher sur la restriction de la mobilité, la composition de la main-d'œuvre professionnelle et la reconnaissance professionnelle. C'est peut-être le genre de question qu'un groupe d'experts devrait examiner en vue d'orienter tous les gouvernements. Je crois que nous pouvons bâtir le dossier médical électronique. Je ne suis pas certain qu'on puisse résoudre ce problème à l'échelon fédéral.

Senator Keon: Do you think it would be worth proceeding with an infusion of funds into medical schools without a manpower plan?

Mr. Davis: Only if it was on a limited basis. We know enough about demographics, the aging population of physicians and some of the issues around specialists, such that we could inject some cash with very little risk. A major infusion with the expectation of solving the future physician supply issue would be a mistake. That must be thought through more carefully.

Senator Morin: Three years ago, Minister Rock offered complete federal funding for home care programs. The provinces turned this down. Instead, they got \$23 billion two years ago. This money disappeared into a black hole, there were strikes all over the country and we have nothing to show for it. If the provinces had accepted this, we would have a home care program coast to coast.

With respect to pharmacare, drug funding by provinces is unequal. There is no "catastrophic" drug plan in the Atlantic region. Should the federal government get involved in these programs?

Mr. Lozon: No, I do not think they should.

Senator Morin: Despite the fact that the Canadian population east of Quebec is not covered by a catastrophic drug plan?

Mr. Lozon: The difficulty is that it has set the stage for further wrangling about "You are not delivering what we told you to deliver." It is not the way to go.

Mr. Forget: I agree with that. Creating more envelopes for specific purposes in the overall context of delivering continuous care does not really make sense. It opens the door to all kinds of game playing. Even within Quebec's borders, that is now happening in the drug program. Some hospitals that are pressed for funds have found a way to invite some of their in-patients to get their drugs through the program.

The Chairman: They are using your outpatient drug plan to augment hospital funds?

Mr. Forget: That margin is essentially permeable. If you release a patient earlier, what happens to their drug coverage? Do they fall under the federal or the provincial program? It introduces another level of complication and another source of disagreement. Funding health care by targeting specific inputs is one way to minimize the ability of the system to manage itself intelligently. That is not the way to proceed.

Le sénateur Keon: Croyez-vous qu'il serait valable d'injecter des fonds dans les écoles de médecine sans établir un plan de main-d'œuvre?

M. Davis: Seulement s'il s'agit d'un investissement limité. Nous possédons suffisamment d'informations sur les tendances démographiques, le vieillissement des médecins et certains des enjeux liés aux spécialistes pour investir de l'argent avec un risque très limité. Il serait erroné d'investir de fortes sommes et de s'attendre à résoudre la question de la relève des médecins. Il faut y réfléchir de façon plus approfondie.

Le sénateur Morin: Il y a trois ans, le ministre Rock offrait un financement fédéral complet pour la création de programmes de soins à domicile. Au lieu d'accepter cette offre, les provinces ont touché 23 milliards de dollars il y a deux ans. L'argent a disparu, il y a eu des grèves partout au pays, et on ne constate aucun progrès. Si les provinces avaient accepté l'offre, nous serions dotés d'un programme national de soins à domicile.

Pour ce qui est de l'assurance-médicaments, le financement de l'achat de médicaments par les provinces est inégal. Il n'y a pas de régime d'assurance-médicaments «catastrophique» dans la région de l'Atlantique. Le gouvernement fédéral devrait-il intervenir à l'égard de ces programmes?

M. Lozon: Non, je ne crois pas qu'il devrait intervenir.

Le sénateur Morin: Malgré le fait que la population canadienne à l'est du Québec n'est pas aux prises avec un régime d'assurance-médicaments catastrophique?

M. Lozon: Le problème, c'est que cela a ouvert la voie à d'autres disputes, du genre «Vous n'offrez pas ce que nous vous avons dit d'offrir». Ce n'est pas la façon de procéder.

M. Forget: Je suis d'accord avec vous. Il n'est pas vraiment sensé de créer des enveloppes budgétaires supplémentaires à des fins spécifiques dans le contexte global de la fourniture de soins continus. Cela ouvre la porte à une foule de subterfuges. Au Québec, on constate même que le régime d'assurance-médicaments se fait jouer de l'intérieur. Certains hôpitaux, à court de fonds, ont trouvé un moyen d'inviter certains de leurs patients hospitalisés à obtenir leurs médicaments par l'entremise du régime.

Le président: Ils utilisent votre régime d'assurance-médicaments destiné aux malades non hospitalisés pour accroître leur financement?

M. Forget: La zone grise est assez large. Si un patient reçoit son congé de l'hôpital plus rapidement, de qui relève l'achat de médicaments? Du régime fédéral ou du régime provincial? Cela complique les choses davantage et ajoute au désagrément. Le financement des soins de santé au moyen d'investissements spécifiquement ciblés est un moyen de réduire au minimum la capacité du système de se gérer lui-même intelligemment. Ce n'est pas la bonne façon de faire.

Indeed, there are people who are not covered. I am sure the Atlantic provinces would like to provide adequate drug coverage if they had the wherewithal. The problem is not that they are oblivious to the need; they just cannot afford it.

It would also make sense to include home care because it is an extension of hospital care. Creating separate envelopes is a sure path to hell.

Please, let us not multiply these things. They are contrary to sane management.

To develop electronic health records is a self-contained, separate thing. Your committee has to consider that there are basically two ways to go. Self-contained programs such as this, or research, are valuable and precious. That means, and maybe this sounds strange coming from someone from Quebec, because that has not been the traditional line, the federal government is opting out of the main game in the health sector, and at the present time, judging from the comments I heard today, it is probably already too late to be in that main game.

There has been a lot of brave talk about changing the system and evolution and transformation, but if the federal government confines itself to self-contained, separate programs and says the rest is too complicated, I predict that the federal role, except for these isolated programs, will simply disappear in time. The funds or the tax points will be transferred and there will be no federal role. I think your committee should consider this.

Mr. Davis: First, I would say the \$23 billion probably prevented a number of health care systems in various provinces from lapsing into total chaos. I think there was some value for that money.

I would like to end on a high note and get on better terms with my colleague from Nova Scotia, for whom I have a deep respect. Maybe because I come from a regionalized health system, I think the benefits of providing care in the community so outweigh the benefits of putting impediments to that care in place that we need to look at some way of funding pharmacare and home care that is more equitable across the country. Whether that is an insurance-based system or not, I do not know.

I would be nervous about proceeding with that prior to having the electronic health record in place. There is a huge potential abuse problem.

Senator Robertson: I want to come back to Dr. Vertesi's comment about the Canada Health Act. I assume you are looking at the principles. Where do you see in the Canada Health Act the restrictions on allowing the provinces to develop their systems properly? Perhaps I am wrongly reading into your original comment that you feel there is something restrictive in the

De fait, certaines personnes ne sont pas protégées. Je suis certain que les provinces de l'Atlantique aimeraient offrir une assurance-médicaments convenable s'ils en avaient les moyens. Le problème, ce n'est pas qu'elles ignorent l'existence du besoin, c'est qu'elles n'ont pas les moyens d'y répondre.

De plus, il serait logique d'ajouter les soins à domicile au régime, car c'est un prolongement des soins hospitaliers. La création d'enveloppes budgétaires distinctes mènera directement au désastre.

Il ne faut surtout pas multiplier les enveloppes, car cela va à l'encontre d'une saine gestion.

La conception d'un dossier médical électronique est une initiative autonome, distincte. Votre comité doit tenir compte du fait qu'il y a essentiellement deux façons de procéder. Les programmes autonomes, comme celui-ci, ou la recherche, sont précieux. Cela signifie, et vous serez peut-être étonné de l'entendre d'un Québécois, car cette notion ne reflète pas la position classique, que le gouvernement fédéral s'abstient de se mêler du principal enjeu dans le secteur de la santé, et qu'à l'heure actuelle, d'après les commentaires que j'ai entendus aujourd'hui, il est probablement déjà trop tard pour le faire.

J'ai entendu beaucoup de paroles courageuses sur le besoin de changer le système et d'en assurer l'évolution et la transformation, mais si le gouvernement fédéral se contente de lancer des programmes autonomes distincts, en faisant valoir que les autres types d'initiatives sont trop compliqués, je prédis que le rôle du gouvernement fédéral, sauf à l'égard de ces programmes isolés, s'estompera tout simplement avec le temps. Les fonds ou les points d'impôt seront transférés, et le gouvernement fédéral ne jouera aucun rôle. Je crois que votre comité devrait examiner cette possibilité.

M. Davis: Premièrement, je dirais que les 23 milliards de dollars ont probablement évité à un certain nombre de systèmes provinciaux de soins de santé de sombrer dans un chaos total. Je ne crois pas que cet argent n'ait rien apporté.

Ensuite, j'aimerais terminer sur une note positive et réitérer le profond respect que j'ai pour mon collègue de la Nouvelle-Écosse. C'est peut-être parce que j'évolue dans un système de soins de santé régionalisé, mais je crois que les avantages de la fourniture de soins dans la collectivité sont tellement plus importants que les avantages de créer des obstacles à ces soins que nous devons trouver un moyen de financer l'assurance-médicaments et les soins à domicile afin qu'ils soient plus équitables, partout au pays. Je suis incapable de dire si un régime d'assurance est une solution idéale.

Quoi qu'il en soit, je serais nerveux si on lançait une telle initiative avant d'avoir mis sur pied le dossier médical électronique. Le potentiel d'abus serait énorme.

Le sénateur Robertson: J'aimerais revenir au commentaire du Dr Vertesi concernant la Loi canadienne sur la santé. Je suppose que vous envisagez les principes. Où voyez-vous des dispositions qui empêchent les provinces de développer convenablement leur système? J'ai peut-être mal compris votre commentaire selon lequel il y a un élément restrictif dans l'exécution de la loi.

administration of the act. When you look at the 20 principles that we have suggested here, can you pick out anything that you feel might be restrictive and limit the ability to act?

Dr. Vertesi: The restrictive elements in the Canada Health Act relate to the funding methods. Provincial governments are duly elected and responsible to their own electorates. Yet there is an element in the Canada Health Act that does not allow that. It treats them as if they were children. There are certain rules and you are not allowed to play outside those rules. Even if the public in that province is all for it, if the name of the game is access — and I believe that is what the federal government is trying to do and am in support of it — there is no measurement of that.

For instance, a province that levels a user fee, for example, on some services could be penalized, whereas a province that says “No user fee, but you have to wait a year and a half” — and that is the reality — pays no penalty. It encourages the provinces to deny care rather than looking for ways to improve access. There is no scorecard on access for the provinces at all.

It allows this huge hole in terms of access to open up, which is exactly what has happened in Canada.

The Canada Health Act has not in fact ensured access to Canadians. A woman called me last week in my office to complain that she had been waiting a year and a half for her disc surgery and how much longer did she have to wait. I looked at the waiting list and she had not moved. She was still number 86. I had to tell her the reason she was not moving up was that she was not sick enough yet. She said, “I cannot work and I am in pain. Does that not mean I have a right to surgery?” Actually, no, it does not mean, in British Columbia, that you have a right to surgery. You have to get sicker; you have to have nerve loss; you have to have damage that is irreparable and incurs some sort of legal liability.

I do not think that is right. I do not think that that is what the Canada Health Act was intended to do. She cannot go to the States. We have talked about people having options. We do not have a private insurance system here. That is wrong. She cannot go to the States, because there she would bear the entire cost and she cannot afford that. She would gladly pay a small amount so that she does not have to wait a year and a half. She could wait three months, for example, but that is not allowed.

Insurance systems take time to develop. They cannot be built overnight. If we have no private insurance at all and a public system drifting in this direction and the public needs going in that direction, we have a huge, unfilled gulf in the middle, and we do not allow insurance companies to fill that void.

If the public system collapses, as some people predict, there is no bridge. People will fall into the chasm. If there were a private insurance system, there would at least be some support in the

Lorsque vous examinez les 20 principes que nous avons proposés, pouvez-vous cerner des éléments qui pourraient restreindre et limiter la capacité d’agir?

Le Dr Vertesi: Les éléments restrictifs de la Loi canadienne sur la santé sont liés aux méthodes de financement. Les gouvernements provinciaux sont élus en bonne et due forme et sont responsables devant leur électorat. Or, un élément de la Loi canadienne sur la santé ne reconnaît pas cela. Elle traite les provinces comme des enfants. Il y a certaines règles, et il est interdit d’y passer outre. Même si la population d’une province donnée est en faveur, si l’objectif de la loi est l’accès — et je crois que c’est ce que le gouvernement fédéral tente de faire, et je l’appuie dans sa démarche — rien ne permet de mesurer la réalisation de cet objectif.

Une province qui, par exemple, applique un ticket modérateur à certains services pourrait être pénalisée, alors qu’une province qui n’applique aucun frais d’utilisation, mais impose un délai d’attente d’un an et demi — et ça, c’est la réalité — ne sera pas sanctionnée. La loi encourage les provinces à limiter l’accès aux soins au lieu de chercher des moyens d’améliorer l’accès. On ne procède à aucune évaluation de l’accès dans les provinces.

Cela favorise la création d’un grand trou noir au chapitre de l’accès, et c’est exactement ce qui s’est produit au Canada.

De fait, la Loi canadienne sur la santé n’a pas assuré l’accès aux Canadiens. La semaine dernière, une dame m’a téléphoné pour se plaindre du fait qu’elle attend une intervention chirurgicale pour une vertèbre depuis un an, et pour savoir combien de temps il lui restait à attendre. J’ai consulté la liste d’attente, et son nom n’avait pas bougé. Elle était toujours 86e sur la liste. J’ai dû lui dire que son dossier n’avançait pas parce qu’elle n’était pas encore assez malade. Elle m’a répondu: «Je souffre et je suis incapable de travailler. Est-ce que cela ne me donne pas droit à la chirurgie?» En réalité, non, cela ne vous donne pas, en Colombie-Britannique, droit à la chirurgie. Il faut être plus malade encore; il faut que les nerfs soient atteints; il faut qu’il y ait des dommages irréparables qui créent une sorte de responsabilité juridique.

Je crois que c’est inacceptable. Je ne crois pas que cela reflète l’intention de la Loi canadienne sur la santé. Cette femme ne peut aller aux États-Unis. Nous avons parlé des options qui s’offrent aux gens. Nous ne sommes pas dotés d’un régime d’assurance privé ici. C’est une erreur. Elle ne peut se rendre aux États-Unis, car elle paierait le coût total de l’intervention, et elle n’en a pas les moyens. Elle serait heureuse de verser un petit montant pour ne pas avoir à attendre un an et demi. Elle pourrait attendre trois mois, par exemple, mais cela n’est pas permis.

Il faut mettre du temps pour établir un régime d’assurance. Cela ne se fait pas du jour au lendemain. Si nous n’avons aucune forme d’assurance privée et que le système public est à la dérive et que le public a besoin de soins, on se retrouve avec un énorme trou, et on ne permet pas aux compagnies d’assurance de le combler.

Si le système public s’effondre, comme certains le prédisent, il n’y a pas de pont. Les gens tomberont dans le gouffre. Si on permettait les régimes d’assurance privée, au moins y aurait-il un

middle. It is not an option for everyone to go to the States. The United States is incredibly expensive because Canadians cannot use their insurance system. They must pay the full cost. Even wealthy Canadians, if they had to pay the entire cost of their care, would pay a lot. I do not think they can do it.

The Canada Health Act does not allow insurance because it does not permit any other form of payment mechanisms to be explored or even experimented with.

The provinces want to be able to play with some of these other methods of funding, up to the point that their own electorates will allow.

Senator Robertson: On the same issue, Mr. Lozon, you said there was too much in the report, and that we should focus more and look at the main priorities. Would you like to comment further on that?

Mr. Lozon: I think 20 principles, none of which I can disagree with, are too many for any implementing government to swallow. I would encourage the committee to focus in its deliberations on some of the areas that you think are of the highest priority.

There are several ways of doing that. One is to consider what would be the most fruitful way to spend our federal resources. If you proceed from that perspective, I would go with exactly what Jack Davis is suggesting: funding an electronic health record. Perhaps, as Dr. Keon said, money could be put into academic health science centres, which are national resources.

Clearly, another way of proceeding would be to have a seminal discussion about a new or renewed direction. We spent an hour this afternoon talking about the pros and cons of a parallel system. If you wanted to proceed with the most controversial subject, you would come to a conclusion on that. You would say yes, with the following provisos and conditions, it makes sense; or no, we reject it for the following reasons. There are several ways to proceed.

I would have to leave it to the committee to decide whether it wants to start with what is the most useful role for the federal government, or what is most on the minds of practitioners and Canadians in terms of the future shape of our system, and then proceed from that perspective.

Senator LeBreton: Dr. Kenny and Dr. Vertesi have already commented on our recommendation 18 and the issue of primary care.

I would like to throw out the possibility, with regard to the federal role, of incentives for the provinces for phased-in primary care. You talked about a new class of disadvantaged people. We

peu de soutien pour la classe moyenne. Ce ne sont pas tous les citoyens qui peuvent se permettre d'aller aux États-Unis. Les soins aux États-Unis sont incroyablement coûteux, car les Canadiens ne peuvent se fier à leur régime d'assurance. Ils doivent payer le plein prix. Même les Canadiens aisés, s'ils devaient assumer le coût entier des soins qu'ils reçoivent, paieraient beaucoup d'argent. Je ne crois pas qu'ils en soient capables.

La Loi canadienne sur la santé ne permet pas la souscription d'assurance, car elle ne permet ni d'envisager ni de mettre à l'essai d'autres mécanismes de paiement.

Les provinces veulent avoir la possibilité de recourir à ces autres modes de financement, selon les limites établies par leur électorat.

Le sénateur Robertson: Au sujet de la même question, monsieur Lozon, vous avez déclaré que trop de questions étaient abordées dans le rapport, et que nous devrions cibler davantage notre étude et nous pencher sur les grandes priorités. Pouvez-vous nous fournir des précisions sur cette question?

M. Lozon: Je crois que 20 principes, même si je ne suis pas en désaccord avec aucun d'eux, c'est une trop grosse bouchée à avaler pour tout gouvernement. J'inviterais le comité à axer ses délibérations sur les questions qu'il estime prioritaires.

Il y a plusieurs façons d'y parvenir. La première, c'est de se demander quel est le meilleur moyen de dépenser nos ressources fédérales à bon escient. Si cette méthode était adoptée, je privilégierais exactement ce que Jack Davis a suggéré: financer la création d'un dossier médical électronique. Comme l'a dit le Dr Keon, on pourrait peut-être investir l'argent dans les centres médico-hospitaliers universitaires, qui sont des ressources nationales.

Il est clair qu'on pourrait aussi tenir une discussion préliminaire au sujet d'une nouvelle orientation ou d'un renouvellement de notre orientation. Cet après-midi, nous avons consacré une heure à parler des avantages et des désavantages d'un système parallèle. Si vous cherchiez à parler du sujet le plus controversé, vous arriveriez à tirer une conclusion sur ce sujet. Vous diriez que la proposition est sensée, sous réserve de certaines conditions, ou qu'elle est inacceptable, pour telle ou telle raison. Il y a plusieurs façons de procéder.

Je crois qu'il incombe au comité de déterminer s'il veut commencer par décrire le rôle le plus utile que pourrait jouer le gouvernement fédéral, ou par les aspects qui importent le plus aux praticiens et aux Canadiens en ce qui concerne l'avenir de notre système, et de poursuivre ses travaux en fonction de l'orientation choisie.

Le sénateur LeBreton: Les Drs Kenny et Vertesi ont déjà présenté leurs commentaires en ce qui concerne la 18e recommandation et la question des soins primaires.

Sur la question du rôle du gouvernement fédéral, j'aimerais évoquer la possibilité d'offrir des incitatifs pour encourager les provinces à restructurer graduellement les soins primaires. Vous

heard public testimony about “orphan patients.” There is clearly a need for some primary care structure.

I heard what you said about the provincial versus the federal role in this area. Certainly the public — the people we talked to as we went around the country — feels primary care reform is important. I do not think they will understand if we do not come up with a reasonable solution and simply say it is too much of a fight between the feds and the provinces. I think that at another time, we should deal with primary care reform and what role the federal government can play in this very important area in a lot more detail.

The Chairman: On behalf of the committee, I would like to thank all of you. I know you came from one end of the country to the other. We really appreciate it. If you have any further thoughts as we go through this process, drop us a line. I suspect most of you will hear from me one way or another anyway.

The committee adjourned.

avez parlé d’une nouvelle catégorie de personnes désavantagées. Nous avons entendu des témoignages publics au sujet de «patients orphelins». Le besoin de structurer davantage les soins primaires est manifeste.

J’ai entendu votre comparaison des rôles provinciaux et fédéraux dans ce domaine. Il est certain que le public — les gens que nous avons rencontrés partout au pays — accordent beaucoup d’importance à la réforme des soins primaires. Je ne crois pas qu’ils comprendront si nous n’arrivons pas à proposer une solution raisonnable et si nous nous contentons de dire qu’il y a trop de tiraillements entre le gouvernement fédéral et les provinces. Je crois qu’à l’occasion d’une autre séance, nous pourrions examiner la question de la réforme des soins primaires et tenter d’établir de façon beaucoup plus détaillée quel rôle le gouvernement fédéral peut jouer à l’égard de cette question très importante.

Le président: Au nom du comité, je tiens à vous remercier tous. Je sais que vous provenez des quatre coins du pays, et nous vous remercions de vous être déplacés. Nous vous invitons à nous faire part de toute idée supplémentaire qui pourrait nous être utile. Je soupçonne que la plupart d’entre vous aurez de mes nouvelles d’une manière ou d’une autre.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

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

Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES

ROUND TABLE

From the Calgary Health Region:

Mr. Jack Davis, CEO.

As an individual:

Mr. Claude Forget, Former Minister of Health, Province of Quebec.

From Dalhousie University:

Dr. Nuala Kenny, Professor of Pediatrics and Chair, Department of Bioethics.

From St. Michael's Hospital:

Mr. Jeffrey Lozon, President and CEO.

As an individual:

Mr. Graham Scott, Former Deputy Minister of Health, Province of Ontario.

From the Royal Columbian Hospital:

Dr. Les Vertesi, Medical Director.

TÉMOINS

TABLE RONDE

De la Calgary Health Region:

M. Jack Davis, président-directeur général.

À titre personnel:

M. Claude Forget, ex-ministre de la Santé, province de Québec.

De l'Université Dalhousie:

La Dre Nuala Kenny, professeur de pédiatrie; présidente, Département de bioéthique.

De l'hôpital St. Michael's:

M. Jeffrey Lozon, président-directeur général.

À titre personnel:

M. Graham Scott, ex-sous-ministre de la Santé, province de l'Ontario.

De l'hôpital Royal Columbian:

Le Dr Les Vertesi, directeur médical.