First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, March 6, 2002 (*in camera*)
Thursday, March 7, 2002

Issue No. 49

Forty-fifth and forty-sixth meetings on:
The state of the health care system in Canada

WITNESSES
(*See back cover*)

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

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 6 mars 2002 (à huis clos)
Le jeudi 7 mars 2002

Fascicule n° 49

Quarante-cinquième et quarante-sixième réunions concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

TÉMOINS:
(*Voir à l'endos*)

38574

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

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

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee:

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

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Léger *(February 25, 2002)*.

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

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

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

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

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

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Léger *(le 25 février 2002)*.

Published by the Senate of Canada

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

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

Publié par le Sénat du Canada

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

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

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, March 6, 2002
(57)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, *in camera*, in room 705, Victoria Building, at 9:15 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

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

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

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

On the motion of Senator Callbeck, it was agreed — That the committee engage John Burke and Alvin Cader as media and communications consultants to the committee.

The committee considered its draft report.

At 11:23 a.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 6 mars 2002
(57)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit à huis clos aujourd'hui, à 9 h 15, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

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

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

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

Sur la motion du sénateur Callbeck, il est convenu — Que le comité retienne les services de John Burke et Alvin Cader, conseillers en médias et en communications.

Le comité examine l'ébauche de son rapport.

À 11 h 23, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, Thursday, March 7, 2002
(58)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 11:06 a.m., the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

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

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

OTTAWA, le jeudi 7 mars 2002
(58)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 06, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

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

Également présent: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

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.)*

Canadian Healthcare Association:

Sharon Sholzberg-Gray, President and CEO;

Kathryn Tregunna, Director, Policy Development.

Canadian Labour Congress:

Kenneth V. Georgetti, President;

Cindy Wiggins, Senior Researcher, Social and Economic Policy Department.

The Deputy Chair made a statement.

Ms Sharon Sholzberg-Gray made a statement. Mr. Georgetti made a statement. The witnesses answered questions.

At 12:40 p.m., the committee agreed to proceed *in camera*.

The committee discussed future business.

At 12:55 p.m., the committee continued in public.

The committee considered a revised draft budget.

It was moved by Senator Morin — That, notwithstanding the order adopted by this committee on Wednesday, February 20, 2002, the committee concur in the following revised budget application for the purpose of its consideration of the state of the health care system in Canada and that the Chairman be authorized to submit the revised budget to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration for its consideration:

Professional Services	$106,000
Transportation and Communication	$321,660
Other Expenditures	$15,000
TOTAL	**$442,840**

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

At 1:00 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

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

De l'Association canadienne des soins de santé:

Sharon Sholzberg-Gray, présidente-directrice générale;

Kathryn Tregunna, directrice, Élaboration des politiques.

Du Congrès du Travail du Canada:

Kenneth V. Georgetti, président;

Cindy Wiggins, recherchiste principale, Direction des politiques sociales et économiques.

La vice-présidente fait une déclaration.

Mme Sharon Sholzberg-Gray fait une déclaration. M. Georgetti fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 12 h 40, le comité poursuit ses travaux à huis clos.

Le comité discute de ses travaux futurs.

À 12 h 55, la séance publique reprend.

Le comité examine une proposition budgétaire révisée.

Il est proposé par le sénateur Morin — Que, malgré l'ordre adopté par le comité le mercredi 20 février 2002, le comité approuve la proposition budgétaire qui suit pour l'étude de l'état du système de soins de santé au Canada, et que le président soit autorisé à soumettre le budget révisé à l'étude du Comité permanent de la régie interne, des budgets de l'administration:

Services professionnels	106 000 $
Transports et communications	321 660 $
Autres dépenses	15 000 $
TOTAL	**442 840 $**

La question, mise aux voix, est adoptée.

À 13 h 00, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, March 7, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:06 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Deputy Chairman: Our witnesses today are Ms Sharon Sholzberg-Gray from the Canadian Healthcare Association and Mr. Kenneth V. Georgetti from the Canadian Labour Congress. Ms Sholzberg-Gray, please proceed.

Ms Sharon Sholzberg-Gray, President and CEO, Canadian Healthcare Association: On behalf of the Canadian Healthcare Association's Board of Directors and our provincial and territorial members, thank you for the opportunity to appear before you today. As you will recall, I appeared before your committee on the first day of these hearings a long time ago. However, at that time I was not representing the Canadian Healthcare Association, CHA; rather I was here on behalf of the Health Action Lobby, HEAL. This is the first time that you will hear our point of view on the issues that we would like to present.

Through our provincial and territorial members, CHA represents the health system managers and trustees who will be responsible for implementing the various changes that may be suggested by your group and other review processes at the national, provincial and territorial levels that are taking place across this country. Health system managers and trustees have a unique perspective to offer this review and debate. After all, they are responsible for providing needed health services to Canadians within the realities of increasing health needs, decreasing per-capita budgets, ever-changing political landscapes, and often reduced control and autonomy over decision making.

We have brought with us today copies of CHA's ten-point plan for moving from discussion to action, entitled "A Responsive, Sustainable, Publicly Funded Health System in Canada: The Art of the Possible." We submitted an earlier version to the Romanow Commission in October 2001; however, following a recent meeting of the CHA board of directors in February 2002, we updated this report and re-issued it. We have brought copies of our recent policy brief, which I believe have been distributed to you, on the public-private mix. These two documents form the basis of our review of some recent reports and, more specifically, "The Health of Canadians — The Federal Role Volume Four: Issues and Options."

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 7 mars 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 06 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La vice-présidente: Nos témoins ce matin sont Mme Sharon Sholzberg-Gray, de l'Association canadienne des soins de santé, et M. Kenneth V. Georgetti, du Congrès du Travail du Canada. Madame Sholzberg-Gray, vous avez la parole.

Mme Sharon Sholzberg-Gray, présidente-directrice générale, Association canadienne des soins de santé: Au nom du conseil d'administration de l'Association canadienne des soins de santé et de nos membres dans les provinces et territoires du Canada, je tiens à vous remercier de l'occasion qui m'est donnée ce matin de vous adresser la parole. Vous vous souviendrez que j'ai comparu devant le comité le premier jour de vos audiences, il y a bien longtemps. À l'époque, je ne représentais pas l'Association canadienne des soins de santé, l'ACSS; je me présentais devant vous au nom du Health Action Lobby, HEAL. Il s'agit donc de la première fois que nous présentons nos vues sur la question devant le comité.

Par l'entremise de nos membres provinciaux et territoriaux, l'ACSS représente les responsables et administrateurs du système de soins de santé qui seront chargés d'apporter au système les divers changements recommandés par votre groupe et d'autres commissions qui étudient actuellement cette question aux niveaux national, provincial et territorial. Les responsables et administrateurs du système de soins de santé ont un point de vue unique à présenter dans le cadre de cet examen et de ce débat. Après tout, ce sont les personnes chargées d'assurer les services de santé que requièrent les Canadiens dans un contexte de besoins croissants, de budgets établis selon le nombre d'habitants qui sont en baisse, d'une situation politique en perpétuelle évolution, et un contrôle souvent réduit sur la prise de décisions.

Nous vous avons apporté aujourd'hui des copies du plan en 10 points de l'ACSS, intitulé «A Responsive, Sustainable, Publicly Funded Health System in Canada: The Art of the Possible», qui doit nous permettre de passer de la parole aux actes. Nous avons présenté une première version de ce plan à la Commission Romanow en octobre 2001; cependant, à la suite d'une récente réunion du conseil d'administration de l'ACSS en février 2002, nous avons actualisé et republié ce rapport. Nous avons également des copies — qui vous ont déjà été distribuées, je crois — du document d'orientation que nous avons récemment élaboré sur la participation des secteurs public et privé. C'est sur ces deux documents que s'appuie notre étude de quelques récents rapports, et plus précisément, «La santé des Canadiens: le rôle fédéral; Volume 4: Questions et options».

While volume four is clearly intended to present options and not to recommend specific actions, policymakers and others have reviewed this report with an eye as to what the future may hold.

By presenting a wide range of issues and options, your committee has included options that are diametrically opposed to each other. We understand this was necessary in order to put everything on the table. However, CHA is concerned that some of these options have been portrayed by some spokespersons of the committee as the "preferred option" when, in fact, they could irreparably compromise our publicly funded health system — if implemented — particularly one of the basic tenets of our system: access by all Canadians to comparable, quality health services on the basis of health need and not on the basis of the ability to pay.

Perhaps our greatest concern is that the premise of the committee's report appears to rest on the myth that our publicly funded system is not sustainable, even though you did debunk many myths in volume one of your report.

CHA's response to volume four is based on the fact that public spending on health services is not out of control and our belief that Canada's publicly funded health system is sustainable if we do a number of things to make it so.

Before highlighting CHA's views on the options presented by the Senate committee in volume four, it is important to understand our view of the health system. We believe that to ensure the future sustainability of our publicly funded health system, we need strong leadership, appropriate system change, and adequate levels of funding from all levels of government.

In terms of strong leadership, CHA calls for strong leadership from all levels of government, from health system trustees and managers, from providers, from researchers and from the public. We support a strong role for the federal government in order to ensure access to comparable health services across Canada, and purposeful leadership is needed to move us from talk to action.

Health system managers and trustees know that, in order for our publicly funded health system to be sustainable, system change must occur. We continue to support system change that is appropriate, improves patient safety and quality care, ensures public accountability, and embraces the full continuum of care.

In terms of adequate levels of funding, all levels of government must provide adequate, long-range, predictable funding, along with concrete action plans to appropriately change the system to

Bien que le volume 4 vise à présenter des options, plutôt qu'à recommander des mesures précises, les décideurs et d'autres intervenants ont examiné ce rapport en vue d'analyser les diverses options qui pourraient être retenues à l'avenir.

En examinant une vaste gamme de questions et d'options, votre comité a en réalité englobé dans son étude des options qui sont diamétralement opposées. Nous sommes tout à fait conscients du fait qu'il a fallu passer par là pour que tout soit envisagé. Cependant, l'ACSS trouve inquiétant que certaines de ces options soient présentées par certains porte-parole du comité comme constituant «l'option préférée» alors qu'elles risquent — si elles sont mises en oeuvre — de compromettre gravement notre système de soins de santé publique, notamment en ce qui concerne l'un des principes fondamentaux de ce système, à savoir l'accès pour tous les Canadiens à des services de santé comparables, et de bonne qualité en fonction du besoin, et non de la capacité de payer.

En réalité, ce qui nous inquiète le plus, c'est que le rapport du comité semble s'appuyer sur la prémisse — fausse, à notre avis — selon laquelle notre système de soins financé par les deniers publics n'est pas viable, bien que vous ayez dissipé un certain nombre de mythes dans le premier volume de votre rapport.

La réaction de l'ACSS au volume 4 s'appuie sur notre conviction que les dépenses publiques liées à la santé n'évoluent pas de façon incontrôlable et que notre système public de soins sera viable si nous prenons un certain nombre de mesures pour garantir sa viabilité.

Avant de présenter le point de vue de l'ACSS sur les options analysées au volume 4 de l'étude du comité sénatorial, il est important que vous compreniez notre optique par rapport au système de soins. À notre avis, pour garantir la viabilité future de notre système public de soins de santé, nous avons besoin de leadership solide, de mesures appropriées visant à changer notre système, et de niveaux de financement suffisants à tous les paliers de gouvernement.

S'agissant de leadership solide, l'ACSS demande que ce leadership s'exerce à tous les paliers de gouvernement, c'est-à-dire chez les administrateurs et les responsables du système de soins, les fournisseurs de soins, les chercheurs et les simples citoyens. Nous estimons que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans ce contexte pour garantir l'accès à des services de santé comparables dans tout le Canada, et qu'un leadership s'appuyant sur des objectifs bien définis est nécessaire pour nous permettre de passer de la parole aux actes.

Les responsables et administrateurs du système de soins de santé savent très bien que pour assurer la viabilité de notre système de soins public, certains changements s'imposent. Nous continuons de favoriser des changements appropriés qui permettront d'accroître la sécurité du contexte dans lequel les malades sont soignés, ainsi que la qualité des soins, de garantir la responsabilisation vis-à-vis du public, et d'agir sur toute la gamme des soins et services qui caractérisent notre système.

S'agissant de niveaux de financement suffisants, tous les paliers de gouvernement doivent assurer un financement suffisant et prévisible à long terme et élaborer des plans d'action concrets en

meet the current and future health needs of Canadians. We said in the past and we repeat again: Funding at the federal level should include a number of components, such as increasing the CHST base and providing an annual escalator in order to stabilize the existing system; targeting new funds to meet urgent needs, such as technology needs and medical equipment needs; transitional funds to support appropriate system change to promote primary care reform, palliative care and enhanced population health initiatives; and introducing new federal government funding to ensure that all Canadians have access to a broader continuum of care, including home, community and facility-based long-term care. We should explore alternate or additional funding mechanisms and examine the private-public mix in the funding and delivery of health services. These three conditions, leadership, system change and funding, are the basis of our analysis of volume four, and have led us to support some of the options you presented, recommend alternative options and suggest additions in some cases.

vue de changer le système pour répondre aux besoins actuels et futurs des Canadiens en matière de santé. Nous l'avons déjà dit, et nous le répétons aujourd'hui: le financement fédéral doit englober plusieurs éléments — par exemple, il faut augmenter l'assiette du TCSPS et prévoir une disposition d'indexation annuelle afin de stabiliser le système actuel; orienter les nouveaux crédits vers les secteurs où les besoins sont les plus urgents, par exemple pour l'acquisition de nouvelles technologies et d'équipement médical; prévoir des fonds transitoires pour soutenir l'évolution appropriée du système afin de mettre l'accent sur la réforme des soins primaires, les soins palliatifs et des initiatives améliorées touchant la santé de la population; et voter de nouveaux crédits fédéraux en vue de garantir l'accès de tous les Canadiens à une plus vaste gamme de soins, y compris les soins à domicile, les soins de santé communautaires et les soins de longue durée en établissement. Il convient également d'examiner des mécanismes de financement nouveaux ou supplémentaires de même que le degré de participation des secteurs privé et public au financement et à la prestation des services de santé. Ces trois conditions — le leadership, des changements au niveau du système dans son ensemble, et le financement — sont à la base de notre analyse du volume 4, et nous amènent à appuyer certaines des options que vous avez présentées, à recommander d'autres possibilités et à proposer des mesures additionnelles dans certains cas.

I will start with areas of agreement. Since you may not have had a chance to review our ten-point plan or private-public brief, I will highlight some of our key positions.

Permettez-moi tout d'abord d'aborder les éléments sur lesquels nous sommes d'accord. Puisque vous n'avez peut-être pas eu l'occasion d'examiner notre plan en 10 points ou notre mémoire sur la participation des secteurs privé et public au système de soins, je me permets de vous informer des positions que nous avons adoptées à l'égard d'un certain nombre de questions clés.

The CHA agrees with a number of options presented in the Senate committee's report, as they resonate well with our policy positions. Included in this list is the section of our report, which describes these particular areas in detail. Any options should include implementing primary health care reform; encompassing home care within the publicly funded health system; reorganizing pharmacare; developing a pan-Canadian strategy to address critical health human resource issues; increasing federal government commitment to health "infostructure" and infrastructure; promoting quality and accountability in health services; developing specific performance indicators and a minimum data set; encouraging intersectorial collaboration on the determinants of health and ensuring a population health approach; and supporting federal leadership in the area of health research.

L'ACSS est d'accord avec plusieurs des options présentées dans le rapport du comité sénatorial, puisque ces dernières cadrent bien avec nos propres positions de principe. Cela comprend la section de notre rapport qui présente ces différents éléments en détail. Toutes les options envisagées doivent inclure la réforme des soins primaires; la prise en charge des soins à domicile par le système public de soins de santé; la réorganisation des programmes d'assurance-médicaments; l'élaboration d'une stratégie pancanadienne visant à solutionner les problèmes critiques touchant les ressources humaines dans le secteur de la santé; le renforcement de l'engagement fédéral vis-à-vis de l'information sur la santé et de l'infrastructure sanitaire; la promotion de la qualité et de la responsabilisation en matière de services de santé; l'élaboration d'indicateurs de performance précis et un ensemble de données minimum; l'encouragement d'initiatives de collaboration intersectorielle sur les déterminants de la santé et la garantie d'une approche axée sur la santé de la population; et le soutien du leadership fédéral dans le domaine de la recherche sur la santé.

There are options with which we strongly disagree, and we offer the following alternative approaches: We should broaden the concept of accountability to include more than reporting. We view accountability within the health system as more than a one-way process of reporting. Better communication and collaboration between trustees and managers with governments regarding their respective roles and responsibilities will facilitate

Il y a des options que nous ne pouvons absolument pas accepter, et nous vous proposons donc à la place des démarches différentes: il faut à notre avis élargir le concept de la responsabilisation pour que ce dernier ne se résume pas à la présentation de rapports. En ce qui nous concerne, dans le contexte du système de soins, la responsabilisation ne doit pas consister simplement en la communication unilatérale de

the governance and management of the system. Governments must understand the necessity of ensuring public governance and independent management of the system, and clearly articulate and demonstrate support for it.

rapports. De meilleures communications et une bonne collaboration plus fructueuse entre les administrateurs et responsables du système et les gouvernements, en ce qui concerne leurs rôles et responsabilités respectifs, faciliteront l'administration et la régie interne du système. Les gouvernements doivent comprendre la nécessité d'assurer la régie publique et la gestion indépendante du système de soins, et d'exprimer et de démontrer clairement leur soutien au système.

We recommend caution in looking at changes to the existing CHST funding mechanism and are proposing alternative funding mechanisms. Specifically, CHA does not support converting CHST cash transfers to tax points. What was done in 1977 is enough in that area. We support the continuation of a per-capita transfer within the CHST formula and, in the longer term, we would like governments to explore alternatives to the CHST funding mechanism, for example, a health-specific transfer which would aid in clarifying health spending by different levels of government. As well, in the future, we might want to look at the development of a needs-based formula.

À notre avis, il faut faire preuve de prudence en examinant diverses façons de modifier le mécanisme de financement actuel que représente le TCSPS et nous proposons à cet égard d'autres mécanismes de financement. Par exemple, l'ACSS n'est pas en faveur de la conversion des transferts en espèces en points d'impôt. Les mesures prises en 1977 à cet égard sont suffisantes. Nous continuons d'être en faveur de transferts proportionnels au nombre d'habitants selon la formule du TCSPS, et à plus long terme, nous souhaitons que les gouvernements exploitent des possibilités de remplacement du TCSPS — par exemple, un transfert spécifique pour les soins de santé permettrait de mieux connaître l'importance des dépenses liées à la santé engagées par les différents ordres de gouvernement. De plus, nous voudrons peut-être envisager d'élaborer une formule axée sur les besoins.

An important point we wish to make is that we should consider the evidence and the political and administrative realities when talking about introducing user fees, premiums or medical savings accounts. There are compelling facts and arguments for not introducing user fees, premiums — even so-called progressive ones — or medical savings accounts for existing Canada Health Act services. We urge governments not to introduce any new funding mechanisms along these lines unless there is clear evidence quality of care and access to needed health services will be enhanced. We have yet to see any such evidence.

Un point sur lequel nous voulons insister concerne le fait qu'il faut, à notre avis, examiner les faits et tenir compte des réalités politiques et administratives en envisageant d'imposer des frais modérateurs, des primes ou des comptes de crédits médicaux. Il y a des faits et arguments probants qui militent contre l'introduction de frais modérateurs ou de primes — même si elles sont prétendument progressives — ou de comptes de crédits médicaux pour les services actuellement dispensés aux termes de la Loi canadienne sur la santé. Nous exhortons les gouvernements à ne pas prévoir de nouveaux mécanismes de financement de ce genre, à moins que nous n'ayons la preuve que ceux-ci permettront d'améliorer la qualité des soins et l'accès aux services de santé requis par la population. Que nous sachions, il n'existe pas encore de telles preuves.

We must broaden, not narrow, the basket of publicly funded services. There is room within the federal spending power to increase government spending on health services. For example, the OECD public-private ratio is approximately 75/25 versus our 70/30 mix. There is room for improvement. This would include the development of a national publicly funded home, community and long-term care program supported by a national pharmacare program. This new program could be established outside the Canada Health Act, perhaps using the Social Union Framework Agreement, SUFA, with available federal funding, subject to the provinces and territories meeting mutually agreed-upon objectives.

Il convient de prévoir un panier élargi de services financés par les deniers publics, et non l'inverse. Le pouvoir de dépenser du fédéral lui donne toute la latitude nécessaire pour accroître les dépenses gouvernementales au titre des services de santé. Par exemple, le rapport de participation des secteurs public et privé pour les pays membres de l'OCDE est d'environ 75 à 25, par rapport à 70 à 30, dans notre cas. Il y a donc lieu d'améliorer la situation. Il s'agirait, entre autres, d'élaborer un programme national de soins à domicile, de soins de santé communautaires et de soins de longue durée qui serait financé par les deniers publics et s'appuierait sur un programme national d'assurance-médicaments. Ce nouveau programme pourrait être créé en dehors de la Loi canadienne sur la santé, peut-être par le biais de l'Accord-cadre sur l'union sociale, l'ACUS, à l'aide de crédits fédéraux, sous réserve de l'atteinte par les provinces et territoires d'objectifs convenus d'un commun accord.

We are willing to consider that some publicly funded services must be 100 per cent covered, while others can be subject to copayments. CHA's members believe that acute care services, including acute care replacement home care services, should be

Nous sommes prêts à accepter que certains services soient financés à 100 p. 100 par les deniers publics, alors que d'autres feraient l'objet de copaiements. Les membres de l'ACSS sont d'avis que les services de soins aigus, y compris les services assurés

100 per cent publicly funded within an evidence-based approach, while home, community and long-term care services, or certain aspects of them, may be subject to some form of copayment. This will be a difficult area to determine. We know there are copayments, for example, in facility-based, long-term care. Whether they should be $3,000 a month in the Maritimes or $700 to $800 a month in Saskatchewan is an issue that has to be addressed. We do not believe that is within the spirit of the health care system in this country. We know we will not have a 100 per cent publicly funded system, so we must make careful choices be based on the bottom line of access to health care, health need, not on the ability to pay.

à domicile en remplacement des soins aigus, devraient être entièrement financés par les deniers publics conformément à une approche fondée sur les résultats, alors que les services à domicile, les services de santé communautaire et les services de longue durée, ou du moins certains éléments de ces services, pourraient éventuellement faire l'objet d'un type de copaiement. Dans ce domaine, il sera particulièrement difficile de savoir comment procéder. Nous savons, par exemple, que dans les établissements de soins de longue durée, les malades participent aux frais. Mais la question de savoir si cette participation devrait être de 3 000 $ par mois dans les Maritimes ou de 700 $ ou 800 $ par mois en Saskatchewan devra absolument être examinée. À notre avis, un régime de ce type serait contraire à l'esprit de notre système de soins au Canada. Nous savons qu'il ne sera pas possible d'avoir un système entièrement financé par les deniers publics, et par conséquent, il convient de faire des choix prudents qui s'appuient sur les impératifs de l'accès aux soins de santé et le degré de besoin, et non sur la capacité de payer.

We must continue to debunk myths and disseminate facts, including the following: Public spending in health care is not out of control, particularly when examined over a 10-year period in real per-capita terms. In that period, in real per-capita terms, the increase has been 1 per cent per year. This is not much when compared to international figures. We cannot look at only the last five years. Remember, we are trying to make up for five years in which there were real per-capita cuts and a bust-boom approach. We do not agree with that kind of approach. We must note that our publicly funded system is not a drain on our economy, rather it is an essential investment in Canada's productivity and global competitiveness. We must continue to repeat that Canada currently has one of the lowest levels of public spending on health.

Il faut continuer à dissiper les mythes et à communiquer les faits au public, par exemple: il n'est pas vrai que les dépenses publiques liées à la santé évoluent de façon incontrôlable, notamment lorsqu'on examine les dépenses réelles par habitant en matière de santé sur 10 ans. Au cours de cette période, l'augmentation réelle des dépenses par habitant a été d'environ 1 p. 100 par année. Ce n'est pas grand-chose lorsqu'on les compare aux statistiques internationales. Il ne faut pas tenir compte des dépenses seulement au cours des cinq dernières années. Rappelez-vous que nous faisons du rattrapage par rapport à une période de cinq ans qui a été caractérisée par des coupures au niveau des dépenses réelles par habitant et une approche d'alternance de forte expansion et d'austérité. Nous sommes contre ce genre d'approche. Il convient de noter que notre système public ne représente pas une ponction sur les gains réalisés par notre économie, mais plutôt un investissement essentiel dans la productivité et la compétitivité mondiale du Canada. Nous devons continuer à répéter que les dépenses publiques canadiennes en matière de santé sont parmi les moins élevées du monde.

We must establish a framework regarding for-profit private sector delivery. In our policy brief on the private-public mix, we conclude that private involvement in the Canadian health care system is not inherently evil, nor is it a cure-all, which we have heard too many people say. The private-public delivery question centres on delivery of certain services under certain conditions. We pointed to a number of areas in our private-public brief where services might be delivered in an appropriate way, but we also pointed out a number of areas where they should not be. A delicate balance must be achieved that encourages public and private sector innovation in research, fosters high-quality services and ensures public accountability.

Par contre, il convient d'élaborer un cadre pour la prestation des services par le secteur privé à but lucratif. Dans notre document d'orientation sur le degré de participation des secteurs public et privé, nous parvenons à la conclusion que la participation du secteur privé au système canadien de soins de santé ne représente pas un mal en soi, pas plus qu'elle ne représente une panacée, comme l'affirment trop de gens, à notre avis. La question de la participation des secteurs privé et public concerne surtout le fait de savoir quels services seront assurés, et dans quelles conditions. Nous avons fait mention dans notre mémoire sur la participation des secteurs privé et public de quelques secteurs où il serait possible d'assurer les services de façon appropriée, mais nous avons également indiqué que ce n'est pas souhaitable dans certains autres domaines. Il s'agit d'établir un équilibre délicat qui permet d'encourager l'innovation sur le plan de la recherche dans les secteurs à la fois public et privé, de favoriser la prestation de services de grande qualité et de garantir la responsabilisation des administrateurs du système vis-à-vis du public.

When partnering with a for-profit private sector to deliver services, there must be clear expectations, explicit quality standards and transparent accountability mechanisms, without which there will not be access to high-quality services. We must ensure that there are savings to be made. I have not yet heard of any case where savings can be made. Some people point to the fact that there might be the same costs in the private sector, but no savings.

Du moment qu'il est question de partenariat avec le secteur privé à but lucratif en vue de la prestation de services, les attentes doivent être claires, les normes de qualité doivent être bien explicitées, et les mécanismes de responsabilisation doivent être axés sur la transparence; sinon, les citoyens n'auront pas accès à des services de grande qualité. Nous devons nous assurer de la possibilité de réaliser des économies. Je n'ai pas encore entendu parler de cas précis où il serait possible de réaliser des économies. Certains prétendent plutôt que les coûts seraient les mêmes pour le secteur privé, si bien qu'il ne serait pas possible de faire des économies.

I am reminded of the constant repetition of the Ontario Auditor General in analyzing the private cancer clinic at Sunnybrook Hospital, the after-hours clinic, where he points out that some of the reports have been comparing apples with oranges. Very routine, simple cases are being treated in the private, after-hours, clinic, and it is costing $3,500 a person. In the more complex variety of cases presented, in the for-profit delivery system, it is costing $3,000 a case. Granted, both are cheaper than in the United States, but clearly we have alternatives. We must consider them, but we must also consider what is good for the Canadian public.

Je me rappelle ce qu'a répété à maintes reprises le vérificateur général de l'Ontario dans son analyse de la clinique privée de traitement du cancer à l'Hôpital Sunnybrook — c'est-à-dire la clinique qui dispense des soins en dehors des heures de travail — à savoir qu'on a tendance à comparer des éléments qui se comparent mal dans certains rapports. C'est-à-dire que des problèmes de santé très simples sont parfois traités dans les cliniques privées, en dehors des heures de travail, à un coût de 3 500 $ par personne. Par contre, des cas plus complexes qui sont pris en charge par le système de prestation des soins à but lucratif coûtent 3 000 $ par personne. Il va sans dire que dans les deux cas, les soins coûtent moins cher qu'aux États-Unis, mais en même temps, d'autres solutions sont possibles. Nous devons absolument explorer ces possibilités-là en gardant à l'esprit ce qui convient le mieux aux citoyens canadiens.

We must monitor and assess the level and impact of private funding. Growing private sector funding may threaten access to necessary health services. I say again that our bottom line is access, and access must not be based on ability to pay.

Il faut également surveiller et évaluer le degré de participation du secteur privé au financement des services et l'incidence de cette participation sur le système. Il est possible qu'une participation accrue du secteur public compromette l'accès aux services de santé essentiels. Je répète que notre grande priorité est l'accès, et que l'accès ne doit pas être fondé sur la capacité contributive.

We note that private funding in other countries has failed to reduce waiting lists. Volume one of your own report looks at the cases of New Zealand and Great Britain where waiting lists were not reduced by having extra private funding or a parallel private system, and private funding has increased, not decreased, total health costs. Greater private funding may also compromise our global competitiveness by shifting more costs to the private sector — something they have not said that they are inviting.

Nous constatons que l'apport de fonds privés dans les autres pays n'a pas permis d'écourter les listes d'attente. Le volume 1 de votre propre rapport examine des cas précis en Nouvelle-Zélande et en Grande-Bretagne où les listes d'attente n'ont pas été écourtées du fait de pouvoir accéder à des fonds privés supplémentaires ou de recourir à un système privé parallèle, alors que la participation du secteur privé a fait augmenter les dépenses globales en matière de santé, plutôt que l'inverse. Une plus forte participation du secteur privé pourrait aussi compromettre notre compétitivité sur les marchés mondiaux en imposant une plus grosse part du fardeau au secteur privé — alors que ce dernier ne s'est pas encore déclaré prêt à assumer ce fardeau.

The jury is still out as to whether the magic number is 30/70. Perhaps it is; perhaps it is not. What we would ask governments and people making recommendations to do is not to recommend adding to private sector funding unless we know the impact on accessibility. We ought not do this unless we understand the evidence of its impact. All of this must be carefully monitored. That is our bottom line.

Les experts ne savent toujours pas si le ratio magique est de 30 à 70. C'est peut-être ça; ou c'est peut-être autre chose. Ce que nous demandons aux gouvernements et à ceux qui font des recommandations, c'est de ne pas recommander d'accroître la participation du secteur privé tant que nous ne connaîtrons pas l'impact sur l'accessibilité. Nous ne devrions rien faire sur ce plan-là tant que nous ne serons pas sûrs de savoir quelles en seront les conséquences. Tout cela doit être suivi de très près. Voilà ce qui nous semble essentiel.

When preparing your final report, we urge you to deal with issues that we did not find to be adequately covered. For instance, we would like to add leadership as an additional role for the federal government. After all, the federal government is the only level of government that can ensure access for Canadians to comparable services, wherever they live in this country. No one provincial or territorial government that can ensure that. Only the federal government can do that, and it should take leadership in this area.

There must be meaningful consultation and agreed-upon roles and responsibilities between governments, health managers and trustees. We know from experience that this is not always the case. We must encompass facility-based long-term care as an essential component of the publicly funded system, albeit with some form of copayment, which exists currently. Long-term care is an important part of the continuum, and a lack of facility-based long-term care is one of the main reasons for hospital bed shortages. We cannot ignore that as an important part of the continuum.

We must address the urgent need for capital infrastructure. Your report focused on health information infrastructure, on medical equipment, on human resource infrastructure, but capital infrastructure cannot be ignored. We must provide additional funding for palliative care, and funding for emergency medical services including ambulances and emergency room services. We must involve the health sector in discussions regarding international trade agreements, and we must include ethical decision making as a key component of the ensuing decision-making processes regarding the future of our health system. For instance, in some countries, there is no access to kidney dialysis for people over 65 years old. Would Canadians agree with the ethics of that kind of approach?

There was a lot to cover in a short time, but I would like to leave you with a few key messages. The federal government can afford to devote more public money to health services, and it is not currently providing its fair share. The publicly funded system should include services that are 100 per cent publicly funded — more than currently — and could also include copayments for parts of the continuum, where appropriate. I have mentioned long-term care in particular. There is a role for for-profit private sector funding and delivery, but it must be within a very carefully controlled context. It must not interfere with access based on health need. We must ensure quality services based on national standards, and there must be transparent accountability mechanisms. System change is essential.

En ce qui concerne la préparation de votre rapport final, nous vous exhortons à vous attaquer à des questions qui, de notre avis, n'ont pas été suffisamment bien analysées. Par exemple, nous souhaiterions ajouter aux responsabilités du gouvernement fédéral celle de jouer un rôle de chef de file. Après tout, le fédéral est le seul ordre de gouvernement qui puisse garantir à tous les Canadiens l'accès à des services comparables, quelle que soit la région qu'ils habitent. Aucune administration provinciale ou territoriale n'est en mesure de faire cela. Seul le gouvernement fédéral peut offrir cette garantie, et il devrait donc assumer un rôle de direction dans ce domaine.

Il doit aussi y avoir des consultations fructueuses et un accord solide sur les rôles et responsabilités des uns et des autres entre gouvernements, administrateurs et responsables du système de soins. Notre expérience nous apprend que ce n'est pas toujours le cas. Les soins de longue durée en établissement doivent aussi être considérés comme une composante essentielle du système public de soins de santé, même en admettant une forme quelconque de copaiement, comme c'est le cas actuellement. Les soins de longue durée font partie intégrante de la gamme complète des services, et le manque de places dans les établissements de soins de longue durée est une des principales raisons pour lesquelles il existe des pénuries de lits dans les hôpitaux. Nous ne pouvons fermer les yeux sur cette réalité; ces soins font partie intégrante de la gamme complète des services qu'il faut assurer à la population.

Nous devons nous attaquer au besoin urgent en matière d'immobilisations. Votre rapport a mis l'accent sur l'infrastructure pour la diffusion de l'information sur la santé, sur l'équipement médical, et sur l'infrastructure en matière de ressources humaines, mais on ne peut ignorer l'importance des immobilisations. Nous devons prévoir des crédits supplémentaires pour les soins palliatifs et pour les services médicaux d'urgence, tels que les ambulances et les services à l'urgence. Nous devons faire participer le secteur de la santé aux discussions sur les accords commerciaux internationaux, et les décisions qui s'appuient sur des principes déontologiques doivent désormais être considérées comme un élément clé du processus décisionnel touchant l'avenir de notre système de soins de santé. Par exemple, dans certains pays, les personnes âgées de plus de 65 ans n'ont pas accès aux services de dialyse rénale. Les Canadiens seraient-ils d'accord pour accepter les principes déontologiques qui sous-tendent ce genre d'approche?

J'avais évidemment beaucoup d'éléments à aborder en peu de temps, mais je voudrais insister sur quelques messages clés. Le gouvernement fédéral peut se permettre de consacrer plus de deniers publics aux services de santé, surtout qu'il n'assume pas actuellement sa juste part des dépenses. Le système public devrait englober des services qui sont à 100 p. 100 financés par l'État — plus qu'à l'heure actuelle, autrement dit — et pourrait également prévoir une formule de copaiement pour certains services, le cas échéant. J'ai parlé notamment des soins de longue durée. Le secteur privé à but lucratif a certainement un rôle à jouer dans le financement et la prestation des services de santé, mais son rôle doit être bien délimité. La participation du secteur privé ne doit absolument pas compromettre l'accès aux soins en fonction du besoin. Nous devons nous assurer de garantir des services de

grande qualité qui s'appuient sur des normes nationales, et les mécanismes de responsabilisation doivent être transparents. Il va donc sans dire que certains changements s'imposent.

The last key point I would like to leave with you is that we must move from talk to action. In closing, I would urge this committee to make concrete recommendations for implementing changes at the federal level. Of course, this will need to be done within the parameters of economic and political realities; in other words, the art of the possible. I look forward to discussing with you what is possible and what is not.

Le dernier point important sur lequel je voudrais insister, c'est que nous devons absolument passer de la parole aux actes. En terminant, je me permets d'exhorter le comité à faire des recommandations concrètes sur les changements à prévoir au niveau fédéral. Bien sûr, cela devra se faire en tenant bien compte des réalités économiques et politiques; il s'agit autrement dit de l'art du possible. J'attends avec impatience l'occasion de discuter avec vous de ce qui est possible et de ce qui ne l'est pas.

The Deputy Chairman: I will now call on Mr. Georgetti and Ms Cindy Wiggins, who is a senior researcher in the social and economic policy department of the Canadian Labour Congress.

La vice-présidente: Je donne maintenant la parole à M. Georgetti et à Mme Cindy Wiggins, attachée de recherche principale au Service des politiques sociales et économiques du Congrès du Travail du Canada.

Mr. Kenneth V. Georgetti, President, Canadian Labour Congress: On behalf of the 2.5 million members of the Canadian Labour Congress, I would thank the Senate committee for the opportunity to present the views of the labour movement regarding the reform of Canada's public health care system. The CLC has written a comprehensive brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada, which we have submitted to this committee as well.

M. Kenneth V. Georgetti, président, Congrès du Travail du Canada: Au nom des 2,5 millions de membres du Congrès du Travail du Canada, je voudrais remercier le comité sénatorial de l'occasion qui nous est donnée ce matin de présenter le point de vue du mouvement syndical sur la réforme du système public de soins de santé du Canada. Le CTC a rédigé un long mémoire qu'il a soumis à l'examen de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, mémoire que nous avons également remis au comité sénatorial.

I will summarize our key positions on public health care.

Permettez-moi donc de vous résumer les positions importantes que nous avons adoptées à l'égard du système public de soins de santé.

Affiliates of our Canadian Labour Congress represent a significant number of workers in the health care field including nurses, orderlies, laundry, maintenance and cleaning workers, as well as home and long-term care workers. The public health system has provided critical employment opportunities for Canadian women and men, who make up about 80 per cent of the work force, many of whom are members of unions. In addition to maintaining public health care, our members also have concerns about the issues related to health broadly, issues such as workplace health and safety, health promotion, disease prevention and the determinants of health.

Les affiliés au Congrès du Travail du Canada représentent un nombre important de travailleurs du secteur de la santé, y compris les infirmiers et infirmières, les préposés aux malades, les travailleurs des buanderies, les préposés à l'entretien, de même que les fournisseurs de soins à domicile et de soins de longue durée. Le système public de soins de santé a été pour les hommes et les femmes du Canada une source de possibilités d'emploi critique, et les travailleurs de ce secteur de l'économie représentent environ 80 p. 100 de la population active, dont bon nombre sont membres de syndicats. En plus de s'inquiéter du maintien des soins de santé publics, nos membres ont également des préoccupations concernant la santé en général, la santé et la sécurité au travail, la promotion de la santé, la prévention des maladies et les déterminants de la santé.

The labour movement played a major role in supporting the establishment of medicare. Labour leaders of the day recognized the immense contribution of equitable access to health care services and what they would mean to raising the living standards of working people, and indeed of all Canadians. It was understood that a public health care system would contribute to an efficient, productive economy. A healthy work force, minimum labour relations strife over the bargaining of health benefits, and lower employer costs for health care still give a significant competitive advantage to Canadian employers.

Le mouvement syndical a joué un rôle prépondérant dans la création du système de soins en exprimant son soutien pour la création d'un tel système. Les dirigeants syndicaux de l'époque avaient compris à quel point l'accès équitable aux services de santé serait un atout incomparable et les conséquences que cela pourrait avoir pour le niveau de vie des travailleurs et de tous les Canadiens. Il était entendu à l'époque qu'un système public de soins de santé contribuerait à créer une économique efficace et productive. Une population active saine, un minimum de conflits de travail touchant la négociation des avantages sociaux liés à la santé, et de plus faibles charges sociales pour les employeurs en matière de santé continuent d'accorder aux employeurs canadiens un avantage concurrentiel important.

Moreover, a single-payer, publicly funded system was seen as the best way to provide high-quality care at a much lower cost overall than a health care system based on taking profit. Sharing collectively the risks of ill health was then, and remains now, a core value held by Canadians. It must be remembered that medicare was put in place after we — labour, employers and government — agreed as a society that the cost of industrial accidents ought to be borne collectively by the whole economy and not just by the worker injured on the job.

De plus, un système public à payeur unique est considéré comme la meilleure façon d'assurer des soins de grande qualité à un coût bien moins élevé dans l'ensemble que ne serait le cas si l'on crée un système de soins à but lucratif. Le partage collectif des risques de la maladie était alors, et demeure, une valeur fondamentale pour les citoyens canadiens. Il faut se rappeler que le système d'assurance-santé a été mis en place après que nous — c'est-à-dire les syndicats, les employeurs et les gouvernements — ayons accepté comme société que le coût des accidents industriels soit à la charge de toute l'économie, et pas seulement du travailleur blessé au travail.

The same principle, we argue, is at the heart of how the labour movement views the costs of ill health and access to health care in Canada. For the past few years, the issue of health care has been front and centre in the public policy debate. After the National Forum on Health issued its report, several provinces conducted their own commissions on health care. Now we have the Senate committee and a royal commission. It is safe to say that all of this activity indicates the importance we place on health care.

À notre avis, le même principe sous-tend le point de vue du mouvement syndical vis-à-vis des coûts de la maladie et l'accès aux soins de santé au Canada. Depuis plusieurs années, la question des soins de santé fait l'objet d'un vif débat public au Canada. Après la publication du rapport du Forum national sur la santé, plusieurs provinces ont créé leur propre commission et les ont chargées de faire une étude des soins de santé. À l'heure actuelle, le comité sénatorial et la commission royale procèdent à une étude. Je ne crois pas me tromper en disant que toute cette activité prouve bien l'importance que nous rattachons à notre système de soins de santé.

Many challenges face us as we struggle to find the way to ensure the future of our public health care system. Federal cuts in funding for health care over the last two decades put a financial burden on the system. At the same time, some provincial governments, claiming that medicare is unsustainable, chose to cut taxes rather than invest those revenues in health care. We think the federal government is somewhat justified in saying that the increased health funding it provided in the year 2000 is being used for provincial tax cuts.

Dans le cadre de nos efforts pour garantir la viabilité future de notre système public de soins de santé, nous aurons de nombreux défis à relever. La réduction des crédits fédéraux versés au titre des soins de santé au cours des deux dernières décennies a augmenté les pressions financières pour l'ensemble du système. En même temps, certains gouvernements provinciaux, déclarant que le système de soins n'est plus viable, ont décidé de réduire les impôts plutôt que d'investir ces revenus dans le système de soins. À notre avis, le gouvernement fédéral n'a pas tout à fait tort de dire que les crédits supplémentaires qu'il a accordés aux provinces en l'an 2000 servent à l'heure actuelle à financer les réductions d'impôt au niveau provincial.

In debating the future of public health care, certain interests argue that public health care is simply unsustainable. Their solution is to allow for a for-profit tier of health care and even a private tier of health insurance to cover services now publicly insured. This is an issue in this committee's Issues and Options paper where it was noted that the principle of public administration in the Canada Health Act prevents such private insurance.

Dans le contexte de ce débat sur l'avenir du système public de soins, certains groupes font valoir que le système public de soins de santé n'est tout simplement plus viable. La solution que proposent ces derniers consiste à prévoir un volet de soins de santé qui serait assuré par des organismes à but lucratif, et même des assurances privées pour couvrir des services qui sont actuellement assurés par l'État. Dans le rapport du comité intitulé «La santé des Canadiens: Questions et options», il a été noté que le principe de l'administration publique du système qui est énoncé dans la Loi canadienne sur la santé empêche la création d'assurance privée de ce genre.

The Canadian Labour Congress affirms the labour movement's commitment to a national system of public health care governed by the Canada Health Act with services delivered on a not-for-profit basis. Our views are anchored in the notions of the rights of citizenship, shared values, the benefits of democracy and the belief that a major role of government, if not the major role, is to act for the public good.

Le Congrès du Travail du Canada désire affirmer l'engagement du mouvement syndical vis-à-vis d'un système national et public de soins de santé qui repose sur la Loi canadienne sur la santé et donc sur une formule de prestation des services à but non lucratif. Notre perspective à cet égard repose sur des notions clés telles que les droits des citoyens, nos valeurs partagées, les avantages de la démocratie et la conviction que l'une des plus importantes responsabilités d'un gouvernement, sinon la plus importante responsabilité, consiste à agir dans l'intérêt public.

The attainment of the highest possible standard of health is a fundamental right for all people, recognized both here in Canada and internationally. Equal access to health care is one of the means through which that standard can be attained. It can be argued that, even if all other means to good health are available to people, in the absence of equitable access to the best quality of health care available, the highest standard of health care is not attainable. Thus, the CLC believes that equitable access to health care, as embodied in medicare, is a right of citizenship, not merely an entitlement.

The difference between a human right and an entitlement is important. A human right is inalienable and cannot be taken away or limited. An entitlement implies an agreed-upon privilege or a contract between society and its government that may be altered or limited under certain circumstances. We also believe that the right to equitable access to health care cannot be achieved by a system that has both public and for-profit tiers of care. All evidence shows that, in systems where profit is both the fundamental value and the responsibility of those systems, unequal outcomes are born by some people in terms of access, quality of care and cost burden.

Dr. Bernard Lown, winner of the 1985 Nobel Peace Prize, has this to say about for-profit health care and their values, and I quote:

> For-profit health care is an oxymoron. The moment care is rendered for profit, it is empty of genuine caring. This moral contradiction is beyond repair. It entails abandoning values acquired over centuries of professionalizing health care into a humanitarian service.

I am sure no one is surprised that I quote Mr. Tommy Douglas in our brief. In his unfailing commitment to the establishment of a public health care plan, Mr. Douglas said:

> I came to believe that health services ought not to have a price tag to them, and that people should be able to get whatever health services they require irrespective of their individual capacity to pay.

In other words, public health is a public good, not a commodity, primarily because health care is not a commodity like other goods and services. The bottom line in health care is good health outcomes for people, no matter what the cost. The bottom line in business is the best return possible on investment. These two perspectives are directly contrary and hold competing values.

L'application de normes aussi rigoureuses que possible dans le domaine de la santé représente un droit fondamental pour tous les peuples, un droit qui est reconnu au Canada et à l'échelle internationale. La garantie d'un accès égal aux soins de santé est l'un des moyens par lesquels nous pouvons nous assurer d'appliquer de telles normes. On pourrait soutenir que même si les citoyens peuvent prendre tous les autres moyens pour s'assurer de leur bon état de santé, en l'absence d'un accès équitable aux soins de la meilleure qualité possible, l'application des normes les plus rigoureuses possible, dans le domaine de la santé, devient impossible. Ainsi le CTC est d'avis que l'accès équitable aux soins de santé, qui est la clé de voûte de notre système actuel de soins, est un droit dont jouissent tous les citoyens, et pas simplement un avantage qu'on leur offre.

La différence entre un droit et un avantage est très importante. Un droit fondamental est de par sa nature inaliénable; on ne peut donc ni enlever ni limiter un droit. Un avantage suppose une sorte de contrat entre la société et son gouvernement pour accorder un privilège qui peut être modifié ou limité dans certaines circonstances. À notre avis, le droit des citoyens à un accès équitable au système de soins ne peut s'exercer dans le cadre d'un système comportant à la fois un volet public et un volet à but lucratif. Il a été largement prouvé que dans les systèmes où le profit est une valeur fondamentale et un objectif, certaines personnes sont lésées par des inégalités en matière d'accès, de qualité des soins et de coûts.

Le Dr Bernard Lown, lauréat du prix Nobel de la paix en 1985, a déclaré ce qui suit au sujet des soins médicaux à but lucratif et des valeurs, et je cite:

> Des soins médicaux ne peuvent être prodigués dans un but lucratif. Ces deux éléments sont fondamentalement contradictoires car, dès qu'ils sont prodigués dans ce but, il n'y a plus de compassion véritable. Cette contradiction morale est flagrante. Elle entraîne l'abandon de valeurs acquises au fil des siècles de soins de santé prodigués à titre humanitaire par des professionnels.

Je suis sûr que cela ne surprendra personne que j'ai voulu citer les propos de M. Tommy Douglas dans notre mémoire. Lui qui a toujours prôné un régime de soins de santé public est arrivé à la conclusion suivante:

> J'ai fini par comprendre qu'il ne convient pas de rattacher de prix aux services de santé et que chaque personne doit pouvoir recevoir les soins de santé dont elle a besoin, indépendamment de ses moyens financiers.

Autrement dit, les soins de santé publique constituent un bien collectif et non pas un produit, tout simplement parce que les soins ne sont pas un produit comme d'autres produits et services. L'essentiel dans tout système de soins, c'est que les résultats soient bons pour les citoyens, du point de vue de leur état de santé, quel qu'en soit le coût. En affaires, ce qui compte, c'est d'avoir le meilleur rendement possible sur son investissement. Ces deux optiques sont tout à fait contraires et reposent sur des valeurs contradictoires.

This fundamental belief anchoring medicare is shared by the vast majority of Canadians. It is an expression of our core values as a society. These include compassion, fairness, the dignity of people, economic and social security, and a commitment to the equality of opportunity for all of our citizens.

Cette conviction fondamentale qui sous-tend le système de soins de santé est également celle de la grande majorité des Canadiens. Notre système de soins est en quelque sorte l'incarnation de nos valeurs fondamentales en tant que société — des valeurs comme la compassion, l'équité, la dignité humaine, la sécurité économique et sociale, et un engagement vis-à-vis de l'égalité des chances pour toute la population.

Much of the debate today focuses on whether public health care is sustainable. It is worth noting that, while affordability of health care gets all of the ink, several other factors are critical elements of sustainability. These include prescription drug costs, health protection issues, workplace health and safety, the health of the environment, occupational disease, primary health care reform and demographics. The sustainability issue can be posed in this way: Do governments have the fiscal capacity to provide high-quality, comprehensive health care services under a single, fair, publicly funded system? Is it necessary to privatize health care costs by expecting some people to pay for health services beyond what they pay for them in their taxes?

À l'heure actuelle, le débat s'articule beaucoup autour de la question de savoir si le régime public de soins de santé est viable ou non. Il convient de noter que, même si on parle sans arrêt du fait que le régime coûte trop cher, plusieurs autres facteurs revêtent une importance critique pour assurer la viabilité du système. Il s'agit, entre autres, du coût des médicaments, de questions liées à la protection de la santé, la santé et la sécurité au travail, l'état de l'environnement, les maladies professionnelles, la réforme des soins primaires et l'actuelle situation démographique. La question de la viabilité peut se résumer ainsi: les gouvernements ont-ils la capacité financière d'offrir une gamme complète de services de santé de première qualité dans le cadre d'un système à payeur unique, financé par l'État? Est-il nécessaire de privatiser certains coûts du régime en demandant aux citoyens de payer certains soins ou services en plus de ce qu'ils paient déjà sous forme d'impôts?

In the context of the latter question, the for-profit delivery of health care is assumed to be integral to the question. However, this is really a separate issue from how we pay for health care. Even if there were a consensus that the public purse could not finance all of our health care needs, health services could still be delivered on a non-profit basis. However, those who favour the increased private payment also seem to favour the for-profit delivery of health services. The argument contends that for-profit delivery will ease the burden on the public treasury, therefore making health care costs sustainable.

En ce qui concerne cette dernière question, l'idée de la prestation des soins selon une formule à but lucratif est considérée comme étant primordiale. Mais en réalité, cette question-là est tout à fait distincte de celle de savoir comment nous devons financer notre régime de soins. Même si les citoyens étaient d'accord pour reconnaître que les moyens financiers de l'État ne sont pas suffisants pour répondre à la totalité de nos besoins en matière de santé, il serait tout de même possible d'assurer des services de santé selon une formule à but non lucratif. Mais ceux qui sont en faveur d'un plus grand financement privé semblent également préconiser la prestation de services de santé dans un but lucratif. L'argument qu'ils avancent, c'est qu'une formule à but lucratif permettra de réduire les pressions financières qui s'exercent sur le Trésor public, si bien que les dépenses liées à la santé seront moins importantes.

In respect of the financing issue, there is nothing inherent in private spending that will constrain or lower overall health care costs. This can only be the case if fewer health services are provided or if health services are less expensive when paid for privately. Fewer services would imply that people would be going without care — an unacceptable outcome. If the volume of health services does not decline, overall costs will not be contained, no matter how they are paid for, publicly or privately. There is no evidence that health services cost less on a per-service basis when paid for privately. In fact, evidence shows that the opposite is primarily true because of higher administrative costs and, of course, a required profit margin that is inherent in such a system.

Pour ce qui est du financement, il convient de reconnaître que la participation accrue du secteur privé au financement du régime ne peut en soi limiter ou réduire le coût global des soins de santé. Cela peut se produire uniquement si l'on assure moins de services ou si les services coûtent moins cher lorsqu'on passe par des assurances privées. Mais le fait d'offrir moins de services voudrait nécessairement dire que certains citoyens devraient se passer de soins — un résultat que nous jugeons inacceptable. Si le volume des services de santé ne diminue pas, on ne réussira pas à contenir les coûts globaux, qu'ils soient payés à l'aide de fonds publics ou de fonds privés. Les faits ne permettent absolument pas de conclure que les services de santé coûtent moins, selon une formule de paiement à l'acte, lorsqu'on les paie par le biais d'assurance privée. Ils démontrent plutôt le contraire, car la prise en charge de services par le secteur privé suppose des coûts administratifs plus élevés et, bien entendu, une marge bénéficiaire qui sous-tend nécessairement un tel système.

In a mixed system, costs could only be lower if services were tiered according to quality, with more expensive or higher quality services offered in a private for-profit tier and lower quality, less expensive services offered in a public tier. Some cost savings might be achieved, but this too is an unacceptable outcome in a society that places high value on equality in the accessibility, comprehensiveness and quality of health services. The same standard of care is highly valued by Canadians.

Dans le cadre d'un système mixte, les coûts seraient moins élevés seulement si les services étaient segmentés en fonction de la qualité, c'est-à-dire que des services plus coûteux ou de meilleure qualité seraient assurés par des cliniques privées à but lucratif, et les services moins coûteux et de moins bonne qualité seraient assurés par des établissements publics. Il serait peut-être possible de réaliser des économies, mais un tel résultat serait tout à fait inadmissible pour une société qui attache énormément d'importance à l'accès équitable au système, et à la nécessité d'offrir aux citoyens une gamme complète de services de santé de première qualité. Les Canadiens tiennent à avoir accès à des soins et services de santé de cette même qualité.

The for-profit delivery of health care services will not benefit anyone other than those who stand to make a profit or those who obtain quicker access to better care by virtue of having sufficient personal financial resources to pay for it. Few Canadians have those resources without sacrificing some aspect of their standard of living.

La prestation de services de santé par des établissements privés n'avantagera personne si ce n'est ceux qui peuvent réaliser des bénéfices grâce à ce système ou qui peuvent accéder à de meilleurs soins plus rapidement du fait d'avoir la capacité financière de payer eux-mêmes ces soins. Or peu de Canadiens peuvent se permettre ce genre de chose sans avoir à faire des sacrifices par rapport à leur niveau de vie.

The CLC believes that, if we cannot afford to pay for health care publicly, then certainly we cannot afford to pay for it privately. The pot of money from which to draw for health care spending comes from only one source — individual people. If some people can afford to use more of their income or wealth to pay privately for health services, then there is a greater scope for progressive taxation, we would argue, with the positive outcome that everyone then has equitable access to the same quality of health care.

De l'avis du CTC, si nous n'avons pas les moyens de payer un système public de soins de santé, nous n'avons certainement pas les moyens de payer un système de soins privé. Les crédits affectés aux soins de santé viennent d'une seule source: les citoyens individuels. Si certains peuvent se permettre d'utiliser une plus grande part de leurs revenus ou de leur richesse pour acheter des services de santé privés, il y a peut-être lieu de prévoir un régime d'imposition progressif pour leur faire payer plus d'impôt, ce qui aurait pour résultat positif de garantir à tous un accès équitable à des soins de santé de qualité égale.

The CLC believes that the share of public resources devoted to health care is primarily a matter of political choice, barring catastrophic economic circumstances such that the economy stops growing for a very long time. We argue that to be an unlikely circumstance.

Pour le CTC, la part des ressources publiques consacrées aux soins de santé relève d'un choix essentiellement politique, à condition de ne pas faire face à une situation économique catastrophique qui fait qu'il n'y a plus de croissance économique pendant longtemps. À notre avis, c'est quelque chose qui est peu probable.

There is no magic number that we can say ought to be spent on public health care, however, we do know that we have decided, as a country, that we favour a publicly financed system of health, delivered on a non-profit basis for many reasons: its intrinsic fairness and efficiency, for sure, its low administrative costs, and its value for money spent. At the same time, we expect the system to be well organized, adaptable to change and capable of meeting the health needs of the population.

Nous ne sommes pas en mesure de vous donner un chiffre magique pour ce qui est de la somme qu'il faut consacrer au régime de soins de santé; nous savons toutefois que comme pays, nous avons décidé que nous sommes en faveur d'un système de soins assurés à but non lucratif et financé par les deniers publics, et ce pour de nombreuses raisons, notamment parce qu'un tel système est fondamentalement plus juste et plus efficace, coûte moins cher à administrer et permet d'optimiser les ressources financières qu'on y consacre. En même temps, nous nous attendons à ce que le système soit bien organisé, qu'il puisse s'adapter quand la situation évolue et qu'il permette de répondre aux besoins de la population en matière de soins et de services de santé.

Governments do have the fiscal capacity to preserve and expand the integrity of medicare and they will continue to do so. It was always understood that health care costs would increase as the system matured, as medical science advanced and as our population aged. Growing health care costs are not a surprise to us. What is needed is political commitment, good judgment,

Les gouvernements ont la capacité financière de préserver voire même d'améliorer l'intégrité du système de soins de santé et ils continueront de le faire. On a toujours su que les coûts liés aux services de santé augmenteraient à mesure que le système se développe, que la médecine progresse et que la population vieillit. L'augmentation de ces coûts ne nous a jamais surpris. Ce qu'il

investment in the kind of health care reform which will improve an already good system, and adequate, stable financing provisions between both levels of government.

Two points are worth noting in respect of public spending on health care as a share of GDP. Canada ranks eighth of 17 industrialized countries, according to the OECD Health Data 2000 report. This indicates to us that public spending on health care is well within our means as a nation. When it comes to total spending on health care, public and private, we rise to the fifth highest in health expenditures. This ought to give us pause for thought, particularly when we see that Canada ranks 21st in public expenditures as a share of total expenditures. Many more nations, therefore, publicly finance a greater share of health spending than does Canada.

In summary, Canada has one of the finest health care systems in the world. Contrary to the media reports of a system in extreme crisis, our public system meets the health needs of Canadians extremely well. We do need to find solutions to pressing problems in many areas such as, the waiting lists for critical treatments, access to affordable home care, long-term and palliative care, soaring prescription drug costs and the fee-for-service payment method for paying physicians.

We must take a long and careful look at the implications of ongoing international trade agreements and how they pose a threat to the viability of public health care systems, particularly the current negotiations on trade in services. This is an area that the federal government must be completely honest and forthcoming about.

Our key recommendations are as follows: First, replace the Canada Health and Social Transfers with three individual programs for health, education, and social assistance. Second, expand public health care to include a national system of home care, long-term care and palliative care. Third, explore ways to contain prescription drug costs, including a national pharmacare program, and review the Patent Act legislation to ensure that prescription drugs are considered to be a public good. Fourth, protect health care from international rules of trade. Fifth, increase federal cash funding to 25 per cent of health care spending, with a view to increasing the federal share to 50 per cent. In addition, the federal government must guarantee stable, predictable funding and return to enforcing the provisions of the Canada Health Act. Sixth, implement regulations that will protect the public health with respect to the safety of our food, drugs, and medical products, including regulation with respect to the safety and labelling of genetically engineered food.

faut, c'est un engagement politique, un jugement sûr, des investissements dans le genre de réforme des soins de santé qui améliorera un système qui est déjà bon, et un financement adéquat et stable de la part des deux paliers de gouvernement.

Je voudrais soulever deux points importants en ce qui concerne les fonds publics consacrés aux soins de santé en tant que pourcentage du PIB. Le Canada se classe huitième parmi 17 pays industrialisés, selon le rapport publié par l'OCDE en 2000 présentant des données sur les soins de santé. Cela prouve bien, en ce qui nous concerne, que nos dépenses publiques au titre des soins de santé ne dépassent absolument pas nos moyens en tant que nation. Pour ce qui est des dépenses globales consacrées à la prestation de soins de santé par les secteurs public et privé, nous sommes en cinquième place. Cela devrait nous donner à réfléchir, surtout que nous constatons que le Canada se classe 21e en ce qui concerne ses dépenses publiques en tant que pourcentage des dépenses globales. Cela veut dire que dans beaucoup d'autres pays, l'État assume une plus grosse part des dépenses liées à la santé que le Canada.

En résumé, le Canada dispose d'un des meilleurs systèmes de soins de santé du monde. Contrairement aux messages véhiculés par les médias, qui font état d'un système en pleine crise, notre régime public répond très bien aux besoins des Canadiens en matière de santé. Nous devons évidemment trouver des solutions à un certain nombre de problèmes pressants, tels les listes d'attente pour des traitements critiques, l'accès aux soins à domicile à des prix abordables, les soins de longue durée et les soins palliatifs, l'explosion des coûts des médicaments délivrés sur ordonnance et la formule de rémunération à l'acte pour les médecins.

Nous devons aussi examiner en profondeur les conséquences des accords commerciaux internationaux que nous avons conclus, par rapport à la possibilité que ces derniers compromettent la viabilité de nos systèmes publics de soins de santé, notamment dans le cadre des négociations qui se déroulent actuellement sur le commerce des services. Dans ce domaine, le gouvernement fédéral se doit d'être complètement honnête et transparent.

Nos recommandations clés sont donc les suivantes: D'abord, remplacer le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux par trois programmes individuels dans les trois secteurs de la santé, de l'éducation et de l'assistance sociale. Deuxièmement, élargir le régime de soins public pour qu'il englobe un système national de soins à domicile, de soins de longue durée et de soins palliatifs. Troisièmement, explorer diverses possibilités en vue de limiter les coûts des médicaments délivrés sur ordonnance, y compris l'établissement éventuel d'un programme national d'assurance-médicaments, et réexaminer la Loi sur les brevets pour garantir que les médicaments délivrés sur ordonnance seront désormais considérés comme un bien collectif. Quatrièmement, protéger les soins de santé contre les règles commerciales internationales. Cinquièmement, augmenter les crédits fédéraux pour qu'ils correspondent à 25 p. 100 des dépenses globales liées à la santé, et continuer de les augmenter jusqu'à ce qu'ils représentent 50 p. 100 des dépenses globales. De plus, le gouvernement fédéral doit garantir un financement stable et prévisible et recommencer à faire appliquer les dispositions de

la Loi canadienne sur la santé. Sixièmement, il faut adopter des règlements qui permettront de protéger la santé publique en ce qui concerne l'innocuité des aliments et la sécurité des médicaments et des produits médicaux, y compris des règlements touchant la sécurité et l'étiquetage des aliments génétiquement modifiés.

Senator Morin: Ms Sholzberg-Gray, I read both of your documents with great interest and found them to be very well prepared. However, I wish to address the points on which we do not agree.

Le sénateur Morin: Madame Sholzberg-Gray, j'ai lu vos deux documents avec beaucoup d'intérêt et j'ai trouvé qu'ils avaient été très bien préparés. Je voudrais cependant aborder quelques points sur lesquels nous ne sommes pas du même avis.

The matter of accountability is important. You broaden the concept of accountability on defining roles and responsibilities, the roles of management and of the providers. This is really the issue. That is one idea which certainly resonates with the committee and we will address that.

La question de la responsabilisation est importante. Vous élargissez le concept de la responsabilisation par rapport à la définition des rôles et responsabilités, le rôle des administrateurs et le rôle des fournisseurs. C'est essentiellement de cela qu'il s'agit. Voilà donc une idée que le comité considère comme étant prioritaire et nous voudrons donc certainement l'examiner avec sérieux.

Public reporting is an issue that requires a good information system, which we do not have at the present.

Pour ce qui est des rapports à communiquer au public, cela suppose un bon système d'information, ce qui n'existe pas à l'heure actuelle.

I was interested in the matter of ethical decision making. With good reason, you raised the issue of the ethics of health rationing and restriction. Much work has to be done there. I do not believe our committee has addressed that. That is a recommendation we will consider.

Je m'intéresse à la question des décisions fondées sur des principes déontologiques. Vous soulevez, à juste titre, la question morale qui sous-tend la limitation des services et soins de santé. Il y a beaucoup de travail à faire dans ce domaine. À mon avis, le comité ne s'est pas vraiment penché là-dessus. Voilà donc une recommandation dont nous voudrons tenir compte.

Without passing judgment as to whether funding in the past was sufficient, providing more federal funding is an important issue. The debate, of course, is whether federal funding should be targeted or not. The provincial governments would prefer it not be targeted. There is some evidence funds that are not targeted go into a black hole. Rather than improving services, the money goes elsewhere; paving the parking lot or changing light bulbs. We have no evidence that there is an improvement in health services when funding which is not targeted is sent to the provinces.

Sans porter un jugement sur le fait de savoir si le financement prévu par le passé était suffisant ou non, il est clair que la question d'un financement fédéral accru dans ce domaine est importante. Évidemment, le débat s'articule autour du fait de savoir si ce financement fédéral devrait être ciblé ou non. Les administrations provinciales préféreraient qu'il ne soit pas ciblé. Par contre, les faits semblent démontrer que lorsque les crédits ne sont pas ciblés, ils disparaissent dans un trou noir. Au lieu d'améliorer les services, ces crédits sont utilisés pour autre chose — pour faire regoudronner un terrain de stationnement ou changer les ampoules. Rien ne nous prouve, lorsque les sommes versées aux provinces ne sont pas ciblées, que les services de santé vont réellement être améliorés.

We agree on the matter of user fees and medical savings accounts.

Nous sommes d'accord sur la question des frais modérateurs et les comptes de crédits médicaux.

I could find nothing on the subject of premiums in your report. You maintain, with reason, that there is an issue with respect to user fees and medical savings accounts. Perhaps you could address that.

Je n'ai rien pu trouver dans votre rapport au sujet des primes. Vous affirmez, à juste titre, que les frais modérateurs et les comptes de crédits médicaux posent problème. Peut-être pourriez nous expliquer de quoi il s'agit au juste.

You also raise the issue of publicly funded services. I recognize that minor changes can be made to the basket of public funding. For example, medical expenses related to tattoo removal or chiropractic services. However, if we include home care and pharmacare, this raises the issue of our balance of public funding and private funding, 70/30, as compared to an average of 75/25 in the OECD. I believe the figure in Sweden is 85 per cent. I think we are already moving towards a 75/25 split. You state that the

Vous soulevez également la question des services financés par les deniers publics. Je reconnais qu'il serait possible d'apporter un certain nombre de changements mineurs au panier des services qui sont payés par l'État. Par exemple, les dépenses médicales liées à l'enlèvement des tatouages ou les services chiropratiques. Cependant, si nous incluons les soins à domicile et l'assurance-médicaments, cela soulève la question de l'équilibre à établir entre les sources de financement public et privé, le rapport au Canada

system is underfunded and you recommend a 1 per cent increase in the base budget, which would amount to $1 billion in a $100-billion system.

étant de 70 à 30, alors que le rapport moyen est de 75 à 25 dans les pays de l'OCDE. Si je ne m'abuse, la part de l'État en Suède correspond à 85 p. 100. À mon avis, la situation évolue dans le sens d'un partage 75/25. Vous dites que le système est sous-financé et vous recommandez un augmentation du budget de base de 1 p. 100, ce qui correspondrait à une injection de 1 milliard de dollars dans un système qui coûte 100 milliards.

With respect to infrastructure, according to information studies, we require $1 billion a year for at least 10 years to be invested in infrastructure. That brings funding up to 22 per cent. When people think about funding, they do not think about research, but that is a major part of what the federal government spends. The government has committed to increase funding to $1 billion. That is a doubling, another $0.5 million. The Canadian Association of Radiologists says that they require $3 billion to $5 billion to bring the system up to where it should be now.

S'agissant d'infrastructure, d'après certaines études, il faudrait investir 1 milliard de dollars chaque année pendant au moins 10 ans dans l'infrastructure. Cela ferait passer la part fédérale à 22 p. 100. Quand on pense au financement, on a tendance à oublier la recherche, alors que c'est un domaine où le gouvernement fédéral investit beaucoup d'argent. Le gouvernement s'est engagé à faire passer ce financement à 1 milliard de dollars. C'est deux fois plus, soit un autre demi-million de dollars. L'Association canadienne des radiologistes dit qu'il faut un investissement de 3 à 5 milliards de dollars pour apporter les améliorations au système qui permettra de le mettre à niveau.

Just to correct the present situation, without introducing new programs, would bring us fairly close to the 25 per cent public funding level. The public sector, not the private sector, has been increasing its funding. There is no evidence that private funding has been increasing proportionately. To simply correct the current problems in the health care system we must increase our funding. That would not take into account the introduction of expensive programs such as pharmacare, home care and so forth. I would like your thought on that.

Donc, les mesures qui permettraient de corriger la situation actuelle, sans créer de nouveaux programmes, nous amèneraient assez près d'un niveau de financement public de 25 p. 100. C'est le secteur public, plutôt que le secteur privé, qui augmente sa participation aux frais. Les faits n'indiquent aucunement que la participation du secteur privé augmente de façon proportionnelle. Mais pour simplement corriger les problèmes actuels qui caractérisent notre système de soins, nous devons absolument y investir plus d'argent. Cela ne tiendrait pas compte de l'introduction de programmes coûteux, comme l'assurance-médicaments, les soins à domicile, et cetera. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

I agree with you that public spending in health care is not out of control. As you state in your green document, what is out of control is the underfunding of the system and not the costs. Everyone recognizes that there has been underfunding over the last few years.

Je suis d'accord avec vous pour dire que, contrairement à ce que l'on prétend, les dépenses publiques en matière de santé n'évoluent pas de façon incontrôlable. Comme vous le dites dans votre document vert, pour l'instant, le seul problème incontrôlable est celui du sous-financement du système, plutôt que les coûts qu'il suppose. Chacun reconnaît que le système est sous-financé depuis plusieurs années.

I would agree with your statement that there is a role for the for-profit, private sector as long as the access is based on need, that there is the provision of quality services based on national standards, and that there are good accountability mechanisms. I would go along with that statement.

Je suis d'accord avec vous pour dire que le secteur privé devrait pouvoir assurer des services dans un but lucratif à condition que l'accès aux services soit fondé sur le besoin, que les soins et services assurés dans les établissements privés respectent des normes de qualité nationale, et que leurs mécanismes de responsabilisation soient appropriés. Je serais d'accord là-dessus.

I am surprised that you include in your list of areas where there should be increased funding certain institutions. For example, you feel we should fund facility-based long-term care. To me, home care is more important than that. If I had money, I would put it in home care rather than facility-based long-term care. Emergency medical services and the ambulance service, as compared to pharmacare, for example, may be a priority. I have already commented on the ethical decision making. I personally agree with most of what you have stated and you have provided us with two excellent documents.

Je trouve surprenant que vous recommandiez d'accroître le financement de certains types d'établissements. Par exemple, vous estimez que nous devrions financer les soins de longue durée en établissement. Pour moi, les soins à domicile sont plus importants encore. Si j'avais de l'argent à investir, je l'investirais plus volontiers dans les soins à domicile que dans les soins de longue durée en établissement. Les services médicaux d'urgence et le service d'ambulance, par opposition à l'assurance-médicaments, par exemple, pourraient être jugés prioritaires. Je vous ai déjà fait part de mon avis sur la question des décisions fondées sur des

principes déontologiques. Je suis d'accord avec la grande majorité de vos affirmations et à mon avis, vous nous avez fourni deux excellents documents.

Ms Sholzberg-Gray: I would start by responding to your final comment related to facility-based long-term care. We did not focus on pharmacare and home care because that is one of the areas where we agreed with you. It is included in our list of agreements. We wanted to add items that we thought were missing in the options, and we think that any health system that does not look at facility-based long-term care would not provide a good continuum of care.

Mme Sholzberg-Gray: Je voudrais d'abord réagir à votre dernière observation concernant les soins de longue durée en établissement. Nous n'avons pas vraiment consacré beaucoup de temps à la question de l'assurance-médicaments et des soins à domicile parce quà cet égard, nous sommes d'accord avec vous. Ces deux éléments sont inclus dans notre liste de domaines où nous sommes d'accord. Nous avons donc voulu ajouter d'autres éléments qui manquaient dans votre liste d'options, par exemple, et à notre avis, tout système de soins qui ne prévoit pas de soins de longue durée en établissement n'assure pas une gamme complète de soins.

Our members represent the entire continuum — home care, long-term care and hospitals. Most of the provinces in this country have an integrated approach. We believe any approach that, for instance, looks at home care at the expense of long-term care, or at hospitals at the expense of long-term care, is not a good approach. The pressure on long-term beds today is due not only the absence of home care but also on the absence of long-term care beds.

Nos membres représentent l'ensemble des segments et services — les soins à domicile, les soins de longue durée et les hôpitaux. La plupart des provinces canadiennes ont une démarche intégrée. À notre avis, une démarche qui favorise les soins à domicile au détriment des soins de longue durée, ou encore les hôpitaux, au détriment des soins de longue durée, n'est pas une démarche appropriée. Les pressions qui s'exercent à l'heure actuelle au niveau des lits dans les établissements de soins de longue durée sont causées par l'absence non seulement des soins à domicile mais de lits dans les établissements de soins de longue durée.

That is an area where the private sector has not worked very well. Of those people who believe that private sector solutions are the answer, one would ask: Why is there a problem in long-term care, home care or pharmacare at all in this country? After all, those are the areas where free market solutions can prevail. There are no limitations on them. However, that has not resolved the problem of Canadians having complete access to those areas of care. That is food for thought.We believe the government has to focus on all areas and ensure that Canadians have access to the whole range of services. We agree with home care and pharmacare but you ought not to ignore the fact that with our increasing population of people aged over 80, 85, 90 or 95, provision of those services will pose a challenge in the future. In fact, it is presently a challenge in the province of Ontario where long-term care facilities will not be built for another five years, and they have been waiting 10 years. That is why you cannot get a bed in the Queensway-Carleton Hospital or the Ottawa Hospital.

Voilà donc un domaine où la participation du secteur privé n'a pas donné de très bons résultats. À ceux qui estiment que la solution consiste à faire participer le secteur privé, il convient de poser la question que voici: Pourquoi avons-nous un problème au niveau des soins de longue durée, des soins à domicile ou de l'assurance-médicaments au Canada? Après tout, dans tous ces domaines, des solutions faisant appel au marché libre peuvent être retenues. Là il n'y a pas de limites. Cependant, cela ne nous a pas permis de régler le problème au Canada de l'accès à ce type de soins. Cela devrait nous donner à réfléchir. À notre avis, le gouvernement doit s'intéresser à tous les secteurs d'activité et s'assurer que les Canadiens ont accès à toute la gamme des services. Nous sommes d'accord sur les soins à domicile et l'assurance-médicaments, mais il ne faut pas non plus fermer les yeux sur le fait que la population âgée de 80, 85, 90 ou 95 ans est en hausse, si bien que la prestation de ces services posera problème à l'avenir. De fait, la situation est déjà problématique dans la province de l'Ontario, où aucun établissement de soins de longue durée ne sera construit avant encore cinq ans, alors qu'on attend de tels établissements depuis une dizaine d'années. Voilà pourquoi on n'arrive pas à obtenir un lit à l'Hôpital Queensway-Carleton ou à l'Hôpital d'Ottawa.

To return to the issue of targeted funding, our organization was one of the first to talk about targeted and transitional funding as opposed to throwing more money into the CHST. We believe federal government money should be used to buy change and to buy something specific. That would alleviate the black hole problem that you mentioned. I used the words "black hole" in a presentation I made at McGill University two weeks ago.

Pour en revenir à la question du financement ciblé, notre organisme a été l'un des premiers à parler de financement ciblé et transitoire, à la place d'une autre augmentation des crédits consacrés au TCSPS. Pour nous, les crédits fédéraux doivent servir à changer le système et à obtenir quelque chose de bien précis. Cela permettrait de régler le problème du trou noir dont vous avez parlé tout à l'heure. D'ailleurs, lorsque j'ai fait un exposé à l'Université McGill il y a deux semaines, j'ai justement employé l'expression «trou noir».

Senator Morin: That is probably where I got it.

Ms Sholzberg-Gray: You have read our documents as they relate to the issue of private delivery. Just to clarify, we are concerned about private delivery in the area of complex care. We recognize that we have private blood testing companies such as Gamma-Dynacare. Doctors refer many of their patients to those private companies and there is no evidence that the blood testing done by those companies costs more than it would at a tertiary care hospital or that it is not quality-based or inappropriate. We are willing to consider those kinds of areas and other ancillary services, particularly in the diagnostic area. That might be where we can contemplate private delivery, but always with the caveat that they must be quality, value-for-money, proper services to the public. That is why we are cautious as to where that should be done.

You read our report in such detail that you understood that we did not discuss, in particular, the area of premiums, even though we asked you to refer to a section that dealt with premiums, medical savings accounts and user fees. We thought that user fees for services provided under the Canada Health Act were a bad idea. We were very concerned because to us it looked, at least from press reports and interviews, as if some members of this committee might have thought that adding user fees to existing Canada Health Act services would be a way of bringing on needed access to pharmaceuticals, home care and that kind of thing. From our perspective, that is not on.

You are right in saying that we do not address the issue of premiums, in particular, in that section. We contend that, if premiums are a tax — they are a regressive tax — what is the point of using premiums? We can make our income tax system more progressive.

Senator Morin: You say "even progressive" in the document. If it is progressive, it is not regressive.

Ms Sholzberg-Gray: I agree. We are saying it is useless to do it that way. In other words, rather than have a premium that is so-called "progressive" and have it separate —

Senator Morin: It must be dedicated to health otherwise it will fall into another black hole.

Ms Sholzberg-Gray: It would not cover all health expenses. From our perspective, it would create more administration. Dedicated taxes is an issue that has to be considered but, by and large, governments are loath to do that, and we would look with suspicion at the whole notion of dedicated taxes. We think the government collects taxes in a progressive way from the

Le sénateur Morin: C'est probablement là que je l'ai entendue.

Mme Sholzberg-Gray: Il faut que vous lisiez nos documents par rapport à la question de la prestation des services par le secteur privé. Pour que ce soit bien clair, je me permets de préciser que notre inquiétude concerne la prestation de soins complexes dans des établissements privés. Par contre, nous savons qu'on a recours à des entreprises privées comme Gamma-Dynacare pour faire des analyses sanguines. Les médecins envoient bon nombre de leurs patients à ces entreprises privées, et rien ne permet de conclure que les analyses effectuées par ces entreprises coûtent plus cher que dans un hôpital de soins tertiaires ou qu'elles sont inadéquates ou de qualité inférieure. Nous sommes donc tout à fait disposés à envisager cette solution pour des domaines de ce genre et pour des services secondaires, notamment des services diagnostiques. C'est peut-être là que nous voudrons envisager de recourir aux services du secteur privé, mais toujours à la condition que leurs services soient de première qualité, qu'ils soient économiques et qu'ils répondent bien aux besoins du public. Voilà pourquoi nous estimons qu'il faut être prudent en choisissant les secteurs où cette solution serait envisagée.

Votre analyse de notre rapport était à ce point complète que vous avez constaté que nous n'avions pas abordé la question des primes, même si nous renvoyions à une section portant sur les primes, les comptes de crédits médicaux et les frais modérateurs. Nous étions d'avis qu'il ne serait pas approprié de prévoir des frais modérateurs pour les services assurés en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Nous étions très inquiets, car on aurait dit, selon le message communiqué dans la presse et par l'entremise d'entrevues, que certains membres du comité étaient en faveur de l'introduction de frais modérateurs pour les services actuellement assurés en vertu de la Loi canadienne sur la santé afin de permettre l'accès aux produits pharmaceutiques, aux soins à domicile et à ce genre de services. En ce qui nous concerne, ce ne serait absolument pas approprié.

Vous avez raison de dire que nous n'abordons pas directement la question des primes dans cette section. À notre avis, si les primes correspondent à un impôt — un impôt régressif, d'ailleurs — à quoi bon? Il serait préférable à ce moment-là de passer par le régime d'impôt sur le revenu, qui est progressif.

Le sénateur Morin: Dans votre document, vous dites «encore plus progressif». Si le système est progressif, il ne peut donc pas être régressif.

Mme Sholzberg-Gray: Je suis d'accord. Nous estimons tout simplement que cela ne sert à rien. Autrement dit, plutôt que d'imposer une prime soi-disant «progressive» qui serait tout à fait à part...

Le sénateur Morin: Il faudrait que les revenus découlant de cette prime soient réservés pour les soins de santé, sinon ils risqueraient de tomber dans un autre trou noir.

Mme Sholzberg-Gray: Mais elle ne permettrait pas de couvrir toutes les dépenses liées à la santé. En ce qui nous concerne, l'administration serait tout simplement plus lourde. La possibilité de créer un impôt pour financer les soins de santé doit certes être explorée, mais en général, les gouvernements sont réticents à faire ce genre de chose, et je dois dire que nous gardons une certaine

population and, in its wisdom, decides to spend it in a number of areas. If you had pots of dedicated tax income, that could create a problem. That is the reason we are concerned about a so-called "progressive premium," a dedicated tax that would cover some 20 per cent of health costs as opposed to using the tax revenue from everybody to cover much-needed health services. That is our position.

méfiance à l'égard de ce concept d'impôt spécialement affecté. À notre avis, le gouvernement a un système d'impôt progressif et peut décider d'affecter les recettes qui en découlent à différents secteurs d'activité. Des impôts spécialement affectés pourraient être problématiques. Voilà pourquoi nous ne sommes pas très enthousiastes à l'égard d'une prétendue «prime progressive», c'est-à-dire un impôt qui permettrait de financer 20 p. 100 des coûts liés à la santé, au lieu d'utiliser les recettes fiscales prélevées auprès de toute la population pour financer les services de santé que requièrent les citoyens. Voilà notre position.

You also talked about accountability and our notion of it being more than reporting with roles and responsibilities being crucial. Our members are the provincial and territorial hospital and health associations across this country. Our members are the managers and trustees of the system. They think they are accountable to the public, and they act in the public interest. Those managers are given budgets from provincial governments with which to manage the health system. Their roles and responsibilities are not carefully defined. When regional health authorities, district health councils or hospitals have deficits, those managers are blamed for that. Yet, they are not given marching orders by the government. They are told that they must not turn away patients and that they must deliver all of the services that meet the health needs of Canadians. They are also told that, if they spend any more than the envelope that they are given, they are not good managers.

Vous avez également parlé de responsabilisation et du fait que pour nous, cela ne se résume pas à la présentation de rapports, étant donné que les rôles et responsabilités des intervenants sont très importants. Nos membres sont des associations provinciales et territoriales d'hôpitaux et de santé dans tout le Canada. Nos membres sont les administrateurs et responsables du système. À leur avis, ils sont déjà responsables devant le public, et ils agissent dans l'intérêt du public. Ces administrateurs reçoivent des budgets de leurs gouvernements provinciaux afin de gérer leur système de soins. Leurs rôles et responsabilités ne sont pas clairement définis. Lorsque les offices régionaux de la santé, les conseils régionaux de santé ou les hôpitaux ont des déficits, on dit que c'est la faute de leurs administrateurs. Mais le gouvernement ne leur dit pas quoi faire. On leur dit simplement qu'il ne faut refuser aucun patient et que leur établissement doit fourni tous les services de santé que requièrent les Canadiens. On leur dit aussi que s'ils dépassent leur budget, ils ne seront pas considérés comme de bons administrateurs.

That is not the way to run a health system. We must have a clear indication as to roles and responsibilities. The managers have to know what they are responsible for delivering, and they have to deliver it in the most efficient and effective way. There is no evidence that administrative costs are out of control in Canada.

Ce n'est pas ainsi qu'il faut administrer un système de soins. Il faut absolument que les rôles et responsabilités de tous les intervenants soient bien clairs. Les administrateurs doivent savoir ce dont ils sont responsables, et ils doivent faire le nécessaire pour assurer les services de la manière la plus efficiente et efficace possible. D'ailleurs, rien ne permet de conclure que les coûts administratifs auraient explosé au Canada.

Mr. Georgetti said, and I agree with him, that that is not the problem with our health system. The real issue is that we must take an evidence-based approach to how we deliver services; we must have all the system changes that I mentioned; we must meet the health needs of Canadians; and governments must be realistic and not ask the managers to deliver the moon when they only deliver enough money for a half moon.

M. Georgetti l'a bien dit, et je suis d'accord avec lui: tel n'est pas le véritable problème de notre système de soins de santé. Le vrai problème, c'est que nous devons absolument axer nos méthodes de prestation des services sur les résultats; nous devons apporter au système les changements que j'ai mentionnés tout à l'heure; nous devons répondre aux besoins de tous les Canadiens en matière de santé; et les gouvernements doivent être réalistes et ne pas demander la lune aux administrateurs alors qu'ils leur donnent tout juste assez d'argent pour une demi-lune.

You asked about the basket of services. We are quite flexible on that subject. We have a Canada Health Act basket that could be added to in terms of acute care and home care services. At the same time, a wide variety of services would enhance the health status of Canadians, but they are more in the social services area. For example, there are meals-on-wheels programs, which bear the saying: "They should be delivered free of charge to all Canadians." Another example would be in the area of pharmaceuticals, where we want to have a staged approach — perhaps where catastrophic or chronic illnesses would be covered, or pharmaceuticals needed as a result of an acute care hospital

Vous avez posé une question au sujet du panier de services. À cet égard, nous sommes très souples. Il serait possible d'ajouter certains éléments, par exemple certains soins aigus et des soins à domicile, au panier actuellement prévu en vertu de la Loi canadienne sur la santé. En même temps, une vaste gamme de services serait avantageuse du point de vue de l'état de santé des Canadiens, bien que ces autres services soient davantage d'ordre social. Par exemple, il y a le service de repas à domicile qui devrait à notre avis être gratuit pour tous les Canadiens. Un autre exemple serait les produits pharmaceutiques, où nous proposons une approche progressive — par exemple, les médicaments requis

stay. However, one would not want an absolutely universal pharmacare program until we have smart cards, electronic health records, appropriate drug utilization, appropriate drug prescribing and a whole host of other things. That is why we must move in this area in a reasoned and evidence-based way.

pour traiter les maladies très graves ou chroniques ou pour traiter un malade qui sort d'un hôpital de soins aigus seraient assurés. Mais il n'est pas souhaitable de créer un programme d'assurance-médicaments absolument universel tant que nous n'aurons pas de cartes à puce ou de dossiers médicaux électroniques, que les médicaments ne seront pas utilisés de façon appropriée, que les médicaments ne seront pas prescrits de façon appropriée, et que toutes sortes d'autres conditions ne sont pas remplies. Voilà pourquoi il faut ajouter de tels services en étant raisonnables et surtout en nous appuyant sur les faits.

There is much to chew on because we have many large reports. I am not certain that I have addressed all of your issues. You said that we could easily achieve a 75/25 split. That is assuming, for instance, that the federal government will give more money for information technology, will give more money for equipment, and will address all of the issues that you have outlined; and we have not seen evidence that it will.

Il y a beaucoup d'éléments à aborder étant donné qu'il y a tant de gros rapports sur les sujets. Je ne suis pas sûre d'avoir répondu à toutes vos questions. Vous dites qu'une répartition de 75/25 serait facile à réaliser. Mais cela suppose que le gouvernement fédéral donnera plus d'argent pour les technologies de l'information et l'équipement, et s'attaquera à tous les problèmes que vous avez énumérés, alors que nous n'avons absolument aucune indication qu'il compte effectivement faire tout cela.

In terms of bringing on home care and pharmacare, all provinces have programs in those areas right now, and we are saying that with an additional $1 billion to $1.5 billion per year of federal money, we could begin to achieve access in a comparable way across this country, instead of the patchwork quilt that we have. We do not agree with the patchwork quilt approach.

En ce qui concerne l'inclusion des soins à domicile et de l'assurance-médicaments, toutes les provinces ont déjà des programmes de ce genre, et nous disons simplement qu'une injection additionnelle de crédits fédéraux de l'ordre de 1 à 1,5 milliard de dollars par année permettrait de garantir un accès comparable à ces services dans tout le Canada, par opposition aux mesures disparates comme c'est le cas actuellement. Nous sommes fondamentalement opposés à ce genre d'approche.

We cannot do everything at once, but we have to distinguish between $3 billion and $5 billion for medical equipment. On a yearly basis, an extra $5 billion can do a great deal if it is properly invested in the right places.

Il ne sera pas possible de tout faire en même temps, mais il faut faire une distinction entre 3 milliards de dollars et 5 milliards de dollars pour l'équipement médical. Sur une base annuelle, 5 milliards de dollars de plus peuvent avoir beaucoup d'impact s'ils sont bien investis.

Senator Cordy: Mr. Georgetti, in your report you mention the health care funding that goes into "the black hole" or, as you said, that some provinces may have used for tax cuts. This intermeshes with targeted funding accountability. What would you suggest is a solution? You are not the only person who has made that comment. Some witnesses said that the money went towards tax cuts and others suggested that it was used for highways. Lots of people are asking what happened to the money that was given to the provinces by the federal government in the fall of 2000. They have not seen improvements in health care in the province in which they live.

Le sénateur Cordy: Monsieur Georgetti, dans votre rapport, vous dites que les crédits versés aux provinces pour les soins de santé disparaissent dans un «trou noir» ou que certaines provinces s'en servent carrément pour réduire les impôts. Ce problème est directement lié à la question du financement ciblé et de la responsabilisation. Que proposez-vous comme solution? Vous n'êtes pas les seuls à nous avoir fait cette observation. Certains témoins sont d'avis que ces crédits ont servi à réduire les impôts, d'autres pensent qu'ils ont permis de procéder à la réfection des routes. Mais beaucoup de gens se demandent ce qui est arrivé à l'argent accordé aux provinces par le gouvernement fédéral à l'automne 2000. Ils n'ont pas encore constaté d'améliorations au niveau des services et soins de santé assurés dans leur province.

What do you suggest the federal government should do when it provides money to the provinces? There is a sense of ownership, such that the provinces take ownership of delivering health care services and they do not want any intrusion in terms of how they spend the money.

À votre avis, que devrait faire le fédéral lorsqu'il donne de l'argent aux provinces? Les provinces estiment que les soins de santé relèvent de leur responsabilité et elles ne veulent donc pas que le gouvernement fédéral leur dise comment l'argent doit être utilisé.

Mr. Georgetti: First, I would argue that the federal government has to more tightly enforce the Canada Health Act. Second, there were a couple of programs where the federal government made transfers that were targeted to specific programs and they ensured that the provinces used that money only for those specific

M. Georgetti: D'abord, je dirais que le gouvernement fédéral doit assurer une application plus rigoureuse de la Loi canadienne sur la santé. Deuxièmement, dans le cadre d'un certain nombre de programmes, le gouvernement fédéral a versé certaines sommes aux provinces dans le cadre de programmes précis, en s'assurant

programs. There is clearly a problem in the way the federal government transfers funds to the provinces for the delivery of health care. I do not shy away from the argument that, when the federal government transfers money with no conditions and the provinces subsequently allow their tax base to be diminished by tax cuts rather than apply that money, the federal government should not continue transferring money to the provinces.

Clearly, the federal government needs to sit down with the provinces and be clear that when they transfer money for health care, it must be accounted for and used for the delivery of health care in the provinces. That needs to be part of a federal-provincial negotiation, and there must be very clear understandings on those line items that that money is to be used for the purposes for which it is transferred.

The other problem is the flexibility that is allowed inside the system when the federal government does a broad transfer. We suggest in our brief that they break it into three sets, instead of one social health transfer. We believe that would be a better and easier way for the federal government, in the relationship with the provinces, to control where that money is transferred and how it is applied.

Senator Cordy: Ms Sholzberg-Gray, in your presentation today and in your documentation, you deal with accountability. Senator Morin made reference to the fact that you say we should broaden accountability to include more than reporting. I think of reporting as the bottom line. What do you mean by that?

Ms Sholzberg-Gray: We mean that there are many lines of accountability. It is not simply a question of governments or the health system reporting to the public on outcomes and whether the health system is meeting certain goals. It is a question of different people being accountable in different ways. For instance, it is not appropriate for governments to tell health system managers to deliver all services without providing enough funding. That does not create an accountability framework. We should send you our document on accountability.

On the issue of the federal government transferring bigger and better, they thought, block funds to the provinces with the loose conditionality of the Canada Health Act, that is not asserted very often, but there are areas where it could be asserted right here today, as we speak. Some of those areas may include affordability; whether diagnostic services are being paid for privately; and allowing people to receive treatment in the public system because they can invest $800 in faster diagnostics. Those are some of the issues that have to be addressed.

que les provinces utiliseraient ces crédits uniquement pour ces programmes-là. De toute évidence, les transferts fédéraux aux provinces pour la prestation des soins de santé posent problème. Je n'hésite absolument pas à dire que si le fédéral transfère des fonds aux provinces sans condition, et que les provinces en profitent pour réduire les impôts au lieu d'utiliser ces fonds comme il faut, avec le résultat que leur assiette fiscale s'en trouve réduite, le gouvernement fédéral ne devrait pas continuer à transférer de l'argent aux provinces.

Il est clair que le gouvernement fédéral doit expliquer aux responsables provinciaux qu'ils devront rendre compte de l'utilisation des transferts fédéraux au titre des soins de santé, et que ces crédits devront servir pour la prestation des soins de santé dans les provinces. Cette question doit absolument être abordée dans le cadre de négociations fédérales-provinciales et il doit y avoir des ententes précises sur le genre de dépenses auquel ces crédits pourront servir.

L'autre problème est celui de la latitude du système dans un contexte où le fédéral se contente de faire un transfert général de fonds. Dans notre mémoire, nous proposons que le gouvernement fédéral prévoie trois transferts distincts, plutôt qu'un transfert pour la santé et les programmes sociaux. À notre avis, le fédéral pourrait ainsi plus facilement contrôler les affectations budgétaires et donc l'utilisation de ces crédits par les provinces.

Le sénateur Cordy: Madame Sholzberg-Gray, dans votre exposé aujourd'hui et dans votre documentation, vous parlez de responsabilisation. Le sénateur Morin a mentionné tout à l'heure qu'à votre avis, il faut élargir notre conception de la responsabilisation pour inclure autre chose que de simples rapports. Je considère les rapports comme étant le strict minimum. Que voulez-vous dire par là?

Mme Sholzberg-Gray: Nous voulons dire par là que la responsabilité s'exerce à de multiples niveaux. Il ne suffit pas pour les gouvernements ou les responsables du système de soins de publier des rapports à l'intention du public sur les résultats obtenus ou le fait de savoir si le système de soins répond à certains objectifs. Il faut plutôt faire en sorte que les gens aient à répondre de leurs activités de diverses façons. Par exemple, il n'est pas normal que les gouvernements disent aux administrateurs du système de soins d'assurer toute la gamme des services sans leur fournir les fonds nécessaires. Ce n'est pas ainsi que nous créerons un cadre de responsabilisation approprié. Nous devrions d'ailleurs vous envoyer notre document sur la responsabilisation.

En ce qui concerne la formule de financement global selon laquelle le fédéral transfère des crédits importants aux provinces en supposant que les provinces respecteront les conditions plus ou moins bien définies de la Loi canadienne sur la santé, le fait est que le fédéral n'exerce pas très souvent son pouvoir de faire respecter les conditions, mais il pourrait certainement le faire maintenant par rapport à certains éléments bien précis — par exemple, le caractère abordable ou non des services; le fait de savoir si les services diagnostiques sont payés par l'entremise d'entreprises privées; et le fait de permettre aux citoyens de bénéficier de traitements assurés par le système public tout

simplement parce qu'ils ont 800 $ à investir dans un service de diagnostic plus rapide. Voilà donc quelques-uns des éléments sur lesquels il faut se pencher.

Asserting the Canada Health Act is an important issue. Whether a block fund is the right way to do that is an issue, but targeted funds are an important consideration.

L'application des conditions précises de la Loi canadienne sur la santé est une question importante. Quant à savoir si une formule de financement global représente la meilleure façon d'y parvenir est l'un des éléments à examiner, tout comme le ciblage des crédits.

You asked why we would not see any difference for the new federal money transferred in September 2000, and I indirectly referred to that in my remarks. There were five years of substantial reductions. Canada was one of the only countries in the world that had a real per-capita cut for five years, from 1992 to 1997. New money invested — coming on stream — in 2000 will only make up for the cuts. It will go towards trying to restore some of the damage that was done during that period.

Vous avez demandé pour quelle raison nous ne ferions pas de distinction par rapport à la nouvelle affectation de fonds fédéraux de septembre 2000, et j'en ai justement parlé indirectement dans mes remarques liminaires. Il y a eu des réductions importantes pendant cinq ans. Le Canada était l'un des seuls pays du monde à avoir diminué les dépenses réelles par habitant pendant cinq ans, soit de 1992 à 1997. L'argent frais investi en 2000 — ou en train d'être investi — nous permettra seulement de nous rattraper par rapport aux réductions. Il nous permettra de rectifier un certain nombre de problèmes causés par les réductions au cours de cette période.

This is not a negative comment, but there was tremendous pent-up demand in terms of union contracts. Workers who had borne the burden of the cuts in those five years were asking for their position to be somewhat restored. That involves a cost. In other words, in the long run, cuts such as that, do not improve the system. They do not help the managers to negotiate contracts and they do nothing to enhance the retention of workers; rather they encourage nurses to leave the system. Those five years of cuts and the need to make up for them have led to no real change, even though you say more money is coming. We have to put the money into a more realistic context. It is not very much more if it is the same as it was in 1994.

Ce n'est pas une critique, mais le fait est qu'il y avait une demande accumulée chez les syndiqués par rapport à leur contrat de travail. Les travailleurs qui avaient fait les frais de ces coupures pendant cinq ans ont commencé à exiger de faire du rattrapage. Cela suppose certains coûts. Autrement dit, la compression des dépenses ne permet pas à long terme d'améliorer le système. Elle n'aide pas non plus les administrateurs à négocier des contrats et ne facilite pas le maintien en poste des travailleurs; au contraire, elle encourage les infirmiers et infirmières à quitter le système. Ces cinq ans de réduction et la nécessité de faire du rattrapage après font qu'aucun véritable changement ne s'est concrétiser, même si vous dites que d'autres fonds seront investis dans le système. Le fait est que nous devons avoir une attitude plus réaliste vis-à-vis de l'argent investi. Les nouveaux crédits ne nous permettront pas vraiment d'avancer si nous faisons la même chose qu'en 1994.

Senator Morin: Much of it has been going into tax cuts. B.C., Ontario, Quebec, in fact, most provinces have cut taxes. If more goes into tax cuts, who wins?

Le sénateur Morin: Une bonne partie de ces crédits a servi à financer des réductions d'impôt. La Colombie-Britannique, l'Ontario, le Québec — en fait, la plupart des provinces ont réduit leurs impôts. Si l'argent sert à réduire les impôts, qui en profite en fin de compte?

Ms Sholzberg-Gray: I agree with you. That is why we say that targeted funds is the way to go. We mentioned the tax cuts in our brief and we also note that all levels of governments are responsible for the cuts. Provincial cuts preceded the federal cuts.

Mme Sholzberg-Gray: Je suis d'accord avec vous. C'est pour cette raison qu'à notre avis, il faut bien orienter les crédits. Nous avons mentionné les réductions d'impôt dans notre mémoire, et nous notons également que tous les paliers de gouvernement sont à l'origine de ces réductions d'impôt. Les réductions des provinces ont précédé celles du gouvernement fédéral.

Senator Cordy: You say that you support the continuation of the per-capita transfer. Everyone would have to agree that per-capita transfers are probably the fairest way to send out the money. I am from the Halifax area where there is high-density population. Have you given any thought to how you would deal with rural areas?

Le sénateur Cordy: Vous dites que vous êtes en faveur du maintien des transferts proportionnels au nombre d'habitants. Tout le monde serait d'accord pour dire que cette formule est sans doute la plus juste. Je suis de Halifax où il y a une forte densité de population. Avez-vous songé à ce qu'il faut faire en milieu rural?

Ms Sholzberg-Gray: Yes. Ours is an association of federal, provincial and territorial hospital organizations, which means that our members have different concerns. If they come from a province where there are many remote communities or rural

Mme Sholzberg-Gray: Oui. Nous sommes une association d'organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux qui représentent les hôpitaux, ce qui veut dire que nos membres n'ont pas nécessairement les mêmes préoccupations. S'ils viennent

communities, access to care is much more difficult. It can actually be more expensive. People have come to our board table recommending that there should be a federal needs-based approach to determining transfers. This is being discussed at our national board level. We are asking that this be put on the table as something that could be dealt with in the future because a discussion of a needs-based approach could include whether some provinces have a more aged population than others.

d'une province où il y a de nombreuses localités éloignées ou rurales, l'accès aux soins est beaucoup plus difficile. Dans ce contexte, les services peuvent coûter plus cher. Il y a des gens qui se présentent devant notre conseil d'administration pour recommander que les transferts fédéraux aux provinces soient déterminés en fonction des besoins. Nous en discutons actuellement à notre conseil d'administration national. Nous demandons que cette possibilité soit examinée à titre de solution future car, dans le contexte d'une discussion sur l'adoption d'une approche axée sur les besoins, on pourrait tenir compte du fait que certaines provinces ont une population plus âgée que d'autres, par exemple.

Senator Cordy: That would be the case in Nova Scotia.

Le sénateur Cordy: Ce serait le cas de la Nouvelle-Écosse.

Ms Sholzberg-Gray: It would look at whether they have more remote and rural populations and whether they have populations with greater health needs. This could apply as much to inner-city Toronto, with its huge immigrant population, as it could to rural Nova Scotia. It might balance in the end. However, someone ought to look into that.

Mme Sholzberg-Gray: On pourrait également tenir compte de la proportion de citoyens vivant en milieu rural ou dans des régions éloignées et de la présence de populations ayant des besoins plus important en matière de soins de santé. Ça pourrait être le cas du centre-ville de Toronto, qui a une forte population d'immigrants, ou des régions rurales de la Nouvelle-Écosse. Il serait peut-être possible d'en arriver à un bon équilibre de cette façon. En tout cas, il faut que cette possibilité soit examinée.

We do not mean to take away from the per-capita approach. Perhaps there should be an augmented formula. We note, however, that equalization is an important way of ensuring access to comparable health and social services across this country. Certain provinces benefit from equalization, which is a no-strings transfer that does enable them to provide services.

Nous ne proposons pas nécessairement qu'on s'éloigne d'une formule par habitant. Peut-être qu'il faudrait simplement tenir compte d'autres éléments aussi. Nous reconnaissons, cependant, que la péréquation est un moyen important de garantir l'accès à des services de santé et sociaux comparables d'un bout à l'autre du pays. Certaines provinces bénéficient de la péréquation, qui représente un transfert inconditionnel leur permettant d'assurer des services.

All of these things ought to be on the table. For now it looks like per capita is the easiest way to transfer, especially given the fact that the federal government, when it transfers money for health, is acting in an area that is under provincial jurisdiction. The extent to which the federal government can micromanage and have detailed arrangements are important issues, as well.

Toutes ces possibilités doivent être encouragées. Pour l'instant, on dirait que la formule par habitant représente la méthode de transfert la plus facile, surtout que le gouvernement fédéral, en transférant de l'argent au titre de la santé, intervient dans un domaine qui relève de la responsabilité des provinces. La question de savoir dans quelle mesure le gouvernement fédéral peut faire de la microgestion et prévoir des formules particulières est également importante.

Senator Cordy: They are very important issues, I would say.

Le sénateur Cordy: Oui, ce sont des questions importantes à mon avis.

Mr. Georgetti, focussing on public health care, you made reference to whether or not it is sustainable and the critical elements of sustainability. You made excellent points regarding drug costs, health protection issues and workplace health and safety. Have you thought about wellness? Have you considered incentives that an individual would have in order to maintain good health?

Monsieur Georgetti, s'agissant du système public de soins de santé, vous avez parlé de la mesure dans laquelle ce système est viable et les éléments qui font qu'il est viable ou non. Vous avez soulevé d'excellents points concernant le coût des médicaments, la protection de la santé et la santé et la sécurité au travail, par exemple. Avez-vous réfléchi à la question du mieux-être? Avez-vous envisagé des mesures d'encouragement qui inciteraient un citoyen à rester en bonne santé?

Mr. Georgetti: I do not know that we thought about it on an individual basis but we did in terms of the workplace. Let me provide some interesting information. Up to one in three people in a line-up for health services right now have workplace related problems. One in three of those problems is as a result of either a workplace accident or an industrial disease. The burden on the

M. Georgetti: Je ne sais pas si nous y avons réfléchi du point de vue du citoyen individuel, mais certainement par rapport au travail. Permettez-moi de vous communiquer des statistiques intéressantes. Une personne sur trois qui demandent des services de santé à l'heure actuelle a des problèmes liés au travail. Dans un cas sur trois, ces problèmes sont le résultat soit d'un accident du

health care system as a result of those factors is enormous.

Prevention at the workplace would save our health care system countless billions of dollars annually. That could be done by way of wellness program in the workplace. We attempt to include such incentives during the negotiation of collective agreements. We notice that the incidence of industrial disease in union workplace settings versus non-union settings is far lower because we put those on the bargaining table as a personal issue. They do speak to a productivity issue that gets short shrift in this dialogue on health care. We are undertaking a study, which we will share with you, on the productivity advantage of the health care system to Canadian business based only on the cost of medical premiums, let alone industrial accidents and disease. Our rough calculations are that it costs between $7 and $9 an hour.

The example of British Columbia that you use, Senator, is a good one. After they cut the taxes and the medical services, they doubled the medical premiums. From our standpoint in the union setting, that was not an issue because it doubled the cost of health premiums to our employers, not to us, because we include items like that in our bargaining strategy. Any time any health care item is delisted, or taken off, we deal with it at the bargaining table. That is easy to do in the short term but, in the medium term, we lose other economic benefits that we may have gotten in terms of wages and other items because we must concentrate on an artificial issue that is brought forward. However, at the bargaining table we try to prevent the use of the health care system by encouraging health, safety awareness, and accident prevention.

I am not equipped to talk about the wellness issue as it relates to the broader community.

Senator Cordy: What is your definition of a workplace disease? I always think of workplace health and safety.

The Deputy Chairman: Is it, for example, a disease that results from the inhalation of paint fumes in an auto factory?

Mr. Georgetti: At last count there were approximately 70,000 different chemicals and related items that could affect the health of workers. The accidents are demonstrable. We have difficulty keeping up with the number of chemicals and other substances that come into the workplace. We try to monitor and know their effects. Although we can identify some, we have been unable to identify other substances. People go into the medical system with ailments that are caused by the workplace, but we do

travail, soit d'une maladie professionnelle. Le fardeau que représentent ces problèmes pour notre système de soins est considérable.

Le fait d'insister davantage sur la prévention en milieu de travail nous permettrait de réaliser, dans le contexte de notre système de soins, des économies annuelles de plusieurs milliards de dollars. Cela pourrait se faire au moyen de programmes de promotion du mieux-être en milieu de travail. Nous essayons d'inclure de tels incitatifs au moment de négocier des conventions collectives. Nous constatons d'ailleurs que la fréquence des maladies professionnelles dans les milieux de travail syndiqués, par rapport aux milieux de travail non syndiqués, est bien inférieure, car nous avons la possibilité de parler de la situation particulière de nos membres à la table des négociations. Cela soulève aussi la question de la productivité, question qui est essentiellement négligée dans ce dialogue sur les soins de santé. Nous effectuons une étude, dont nous vous communiquerons les résultats sur l'avantage au plan de la productivité que le système de soins de santé représente pour les entreprises canadiennes du point de vue uniquement du coût des primes médicales, sans parler des accidents et des maladies professionnelles. D'après nos calculs très approximatifs, cela coûte entre 7 $ et 9 $ de l'heure.

Votre exemple de la Colombie-Britannique est tout à fait approprié, sénateur. Après avoir réduit les impôts et les services médicaux, ils ont doublé les primes. Du point de vue des syndicats, cela ne pose pas problème parce que c'est pour nos employeurs que le coût des primes est doublé, par pour nous, étant donné que ces éléments-là sont pris en compte dans notre stratégie de négociation. Chaque fois qu'un service est enlevé de la liste des services assurés, nous en parlons directement à la table des négociations. C'est facile à faire dans l'immédiat, mais à moyen terme, nous risquons de perdre d'autres avantages économiques sur le plan salarial et autres que nous aurions peut-être pu obtenir du fait d'avoir à nous concentrer sur un problème tout à fait artificiel. Quoi qu'il en soit, nous essayons à la table des négociations de prévenir le recours excessif au système de soins en encourageant des mesures qui favorisent une bonne santé, la sensibilisation à la sécurité et la prévention des accidents.

Par contre, je ne suis pas en mesure de vous parler du concept du mieux-être par rapport à la population générale.

Le sénateur Cordy: Comment définissez-vous une maladie professionnelle? J'ai toujours tendance à concevoir cela dans le contexte de la santé et de la sécurité au travail.

La vice-présidente: S'agirait-il, par exemple, d'une maladie qui serait due à l'inhalation de vapeurs de peinture dans une fabrique d'automobiles?

M. Georgetti: Au dernier recensement, il y avait environ 70 000 produits chimiques différents qui pouvaient influer sur la santé des travailleurs. Pour ce qui est des accidents, les preuves sont là. Nous avons du mal à connaître le nombre de produits chimiques et d'autres substances dangereuses qui sont introduits en milieu de travail. Nous essayons de suivre la situation et de nous renseigner sur leurs effets. Même si nous réussissons à en recenser quelques-uns, d'autres substances sont impossibles à

not yet know the precise effect of exposure.

The Deputy Chairman: Did you say that applies to one in three people, Mr. Georgetti?

Mr. Georgetti: One in three people in a health care line-up is there due to injuries or diseases related to the workplace.

The Deputy Chairman: Are you doing an impact study on what this means on productivity? It must be immense.

Mr. Georgetti: There is data available already, and we can supply that to you. It is well-documented, both in terms of the line-ups and the cost to the system.

The Deputy Chairman: If one-third of the population has a health-related issue directly related to the workplace, whether it is an injury or an illness, and you factor that into production lines, it would result in an interesting figure.

Mr. Georgetti: Let us remember, we are only relating the people who are actually physically at work to the whole population, so it is a more skewed number. There are no children or seniors in that number. It is only related to people of working age who are in the system.

The International Agency for Research on Cancer recognizes 24 substances that cause lung cancer. One is tobacco. The other 23 substances were identified through studies of workers who died as a result of exposure to carcinogens on the job. The only cause of lung cancer that is not job-related is smoking. The others are work-related.

The Deputy Chairman: I mentioned paint because my husband was a body shop worker. All kinds of concerns are now being identified. However, he is no longer doing that.

Mr. Georgetti: Think about what fire fighters are exposed to when they run into a burning building. They do not know what is stored in the building. It is an enormous issue.

Senator Morin: My comments concern the corporate advantage of our health care system. While in Montreal, we met with the Conseil du patronat, an employers association that only Quebec has which represents all employers. They were criticizing our health care system. I asked about the corporate advantage. The president of the Royal Bank, as you will remember, made an important speech on that. They said that there was not one at all. They told us that when they are recruiting executives, the first thing demanded of them is private insurance to cover treatment in the U.S. As you know, insurance coverage for Canadian executives is quite extensive and expensive. You can find this information on our Web site as it was discussed it at

isoler. Les gens se font traiter pour des problèmes de santé qui sont causés en milieu de travail, mais nous ne connaissons pas encore les effets précis de l'exposition à ces substances.

La vice-présidente: Vous avez dit que cela touche une personne sur trois, monsieur Georgetti?

M. Georgetti: J'ai dit qu'une personne trois qui cherchent à recevoir des soins de santé en a besoin à cause de blessure ou de maladie liée au travail.

La vice-présidente: Comptez-vous faire une étude pour essayer d'en dégager l'incidence sur la productivité? Elle doit être considérable.

M. Georgetti: Il existe déjà certaines données, qu'on pourra d'ailleurs vous fournir. La situation est bien documentée, du point de vue non seulement du nombre de personnes qui recourent au système pour cette raison mais aussi du coût pour le système.

La vice-présidente: Si l'on sait qu'un tiers de la population a un problème de santé directement lié au travail, qu'il s'agisse d'une blessure ou d'une maladie, je suppose que dans le contexte des chaînes de fabrication, ça donnerait certainement des chiffres intéressants.

M. Georgetti: Rappelons-nous que là on parle de gens qui se trouvent physiquement au travail, par rapport à la population totale, donc ce chiffre est un peu faussé. Par exemple, les enfants et les personnes âgées ne sont pas compris là-dedans. Cela ne concerne pas les personnes en âge de travailler qui ont recours au système.

Le Centre international de recherches sur le cancer reconnaît 24 substances différentes qui causent le cancer du poumon, entre autres, le tabac. Les 23 autres substances ont été recensées par le biais d'études de travailleurs qui sont décédés par suite de l'exposition à des cancérogènes au travail. La seule cause du cancer du poumon qui n'est pas liée au travail est l'utilisation du tabac. Les autres causes sont toutes liées au travail.

La vice-présidente: J'ai parlé de vapeurs de peinture parce que mon mari travaillait autrefois dans un atelier de débosselage. À l'heure actuelle, on se rend compte de toutes sortes de problèmes. Mais il ne fait plus ce travail.

M. Georgetti: Pensez un peu à toutes les substances auxquelles les pompiers sont exposés au moment d'entrer dans un bâtiment en feu. Ils ne peuvent pas savoir ce qui y est entreposé dans ce bâtiment. C'est vraiment un problème grave.

Le sénateur Morin: Je voudrais faire quelques commentaires au sujet de l'avantage que représente notre système de soins de santé pour les entreprises. Quand nous étions à Montréal, nous avons rencontré les dirigeants du Conseil du patronat, une association d'employeurs qui représente tous les employeurs et qui n'existe qu'au Québec. Ils avaient plusieurs critiques à formuler à l'égard de notre système de soins. J'ai donc posé une question concernant l'avantage que représente ce système pour les entreprises. Vous vous souviendrez que le président de la Banque Royale a prononcé un discours important sur le sujet. Eh bien, ils m'ont dit qu'il n'y avait pas du tout d'avantage. Selon eux, quand il s'agit de recruter des cadres, la première chose qu'on leur

some length. As far as they were concerned, this was no longer a corporate advantage. If they recruited people from the outside, it was fairly expensive.

I have a son who works for a corporation. He has, as part of his employment package, insurance that covers any medical treatment in the U.S. He is based in Montreal.

They state that the health care system no longer provides the advantages it did 10 years ago.

Mr. Georgetti: Do those corporations offer that American service to all their employees, or just their executives?

Senator Morin: Of course, only their executives.

Mr. Georgetti: You make my point.

The other argument is that they cannot attract executives because of our tax system. They want us to change our tax system. I wonder why we want to change our systems for non-citizens who do not want to come to our country.

Ms Sholzberg-Gray: Most of the workers in this country are not executives, they are workers. Employers have to worry about all of their employees, not only their executives, though we have had some interesting stories in the press where obviously the reverse has been true.

It seems to me that the competitive advantage is there. Look at the auto industry. We would not have as much automotive manufacturing in our country if not for the competitive advantage,which is due to our low Canadian dollar and the productivity of Canadian workers. It is also due to the fact that Canadian workers are not as expensive in terms of health insurance as American workers. More money in the United States goes into health insurance for autoworkers than components for the car. It is important to note that each Canadian employer is spending less on health insurance. If they have to spend more due to lower funding of the public health system there will be quite a difference.

Mr. Georgetti: I do not believe the explanation you received spoke to the productivity issue. They are talking about recruitment of executives.

When we have completed our independent study, we will send it to you. It looks at the effects of health care premiums on the productivity of Canadian business.

demande, ce sont des assurances privées pour couvrir les traitements médicaux aux États-Unis. Comme vous le savez, les assurances dont bénéficient les cadres canadiens sont très complètes et très coûteuses. D'ailleurs, vous pouvez trouver cette information sur notre site Web, car nous en avons longuement discuté. Donc, à leur avis, le système de soins ne constituait plus du tout un avantage pour les entreprises. Quand ils avaient à recruter des gens de l'extérieur du Canada, cela leur coûtait cher.

J'ai un fils qui travaille pour une grande société. Parmi ses avantages sociaux, il bénéficie d'une assurance qui lui permet de recevoir des soins médicaux aux États-Unis. Il est basé à Montréal.

Donc, en ce qui concerne les employeurs, le système de soins de santé ne présente plus les mêmes avantages qu'il y a 10 ans.

M. Georgetti: Est-ce que ces sociétés offrent la possibilité de recevoir des soins aux États-Unis à tous leurs employés, ou seulement à leurs cadres?

Le sénateur Morin: Seulement à leurs cadres, bien entendu.

M. Georgetti: Vous venez de prouver le bien-fondé de mon argument.

L'autre argument qu'on avance souvent, c'est qu'il est impossible de recruter des cadres en raison de notre régime fiscal. Ils veulent aussi qu'on change le régime fiscal. Personnellement, je me demande pourquoi nous voudrions changer nos systèmes pour attirer des étrangers qui ne veulent pas venir au Canada.

Mme Sholzberg-Gray: La plupart des travailleurs canadiens ne sont pas des cadres, ils sont travailleurs. Et les employeurs doivent s'intéresser à tous leurs employés, pas seulement à leurs cadres bien que nous ayons entendu parler de situations intéressantes par le biais des médias où c'était justement l'inverse qui était vrai.

À mon avis, cet avantage concurrentiel existe. Prenons l'exemple de l'industrie automobile. L'activité dans le secteur de la construction automobile serait beaucoup moins intense au Canada si cet avantage concurrentiel n'existait pas, avantage que nous pouvons attribuer à la faible valeur de notre dollar et à la productivité des travailleurs canadiens. Cet avantage tient aussi au fait que les travailleurs canadiens coûtent moins cher que les travailleurs américains du point de vue de l'assurance-santé. On dépense plus aux États-Unis pour l'assurance-santé à l'intention des travailleurs de l'automobile que pour les composants. Il est important de noter que chaque employeur canadien dépense moins pour l'assurance-santé. S'il est forcé de dépenser davantage en raison d'un financement réduit du système public de soins de santé, cela fera une grande différence.

M. Georgetti: À mon avis, l'explication qu'on vous a donnée n'avait rien à voir avec la productivité. Ces personnes parlaient uniquement du recrutement des cadres.

Quand nous aurons terminé notre étude indépendante, nous vous en enverrons une copie. Elle porte sur l'incidence des primes d'assurance-santé sur la productivité des entreprises canadiennes.

The Deputy Chairman: One of the issues that we have been confronted with as we have gone around the country is the two-tier system. Witnesses say we have a two-tier system, and it is called the Workers' Compensation Board. This is where hospitals have designated hospital beds for people on Workers' Compensation, even though other patients are lining up.

La vice-présidente: L'une des questions sur lesquelles nous avons dû nous pencher dans le cadre de nos audiences dans différentes régions du pays est celle du système à deux vitesses. Les témoins nous disent que nous avons un système à deux vitesses dont la Commission des accidents du travail est l'incarnation. On nous dit que les hôpitaux réservent des lits d'hôpitaux pour les personnes qui touchent une indemnité pour un accident du travail, alors que d'autres malades doivent faire la queue.

Senator Morin: They are sending their patients to private clinics.

Le sénateur Morin: Ils envoient leurs malades à des cliniques privées.

The Deputy Chairman: That is to get them back on the job more quickly.

La vice-présidente: Pour qu'ils puissent reprendre le travail plus rapidement.

Senator Morin: They are operated on in private clinics.

Le sénateur Morin: Ils sont opérés dans des cliniques privées.

The Deputy Chairman: How would you respond to that?

La vice-présidente: Quelle est votre réaction?

Mr. Georgetti: There are two ways I would respond to that. If they are queue-jumping and have special privileges, that is contrary to the Canada Health Act. I know that exists. The reason it exists is because of business pressure on the productivity issue. Businesses are saying that they are losing productivity because the system is not returning their injured workers to the job fast enough. We argue, of course, if you do not injure them, you will not have a problem. However, the cost of prevention is also expensive.

M. Georgetti: Je voudrais faire deux observations en guise de réponse. Si ces personnes font du resquillage et jouissent de privilèges spéciaux, il va sans dire que c'est tout à fait contraire à la Loi canadienne sur la santé. Je sais qu'il existe de tels cas, et s'ils existent, c'est en raison des pressions exercées par les entreprises qui s'inquiètent de leur productivité. Elles se plaignent d'une perte de productivité parce que le système ne permet pas à leurs travailleurs blessés de reprendre le travail assez vite. À cela nous répliquons que si au départ il ne leur arrivait pas de se blesser au travail, on n'aurait pas de problème. Mais la prévention coûte cher aussi.

In my former life in British Columbia, I found that, of all the forestry companies, one had a lower number of injuries and accidents. They were spending more money on prevention, but they were not being rewarded. They were paying the same premiums. Activists have told me that company is cutting back on its prevention expenditures because they are spending more money than their competitors and not getting any reward for it.

Quand j'habitais en Colombie-Britannique, j'ai constaté que l'une des entreprises forestières avait un meilleur bilan que toutes les autres du point de vue du nombre de blessures et d'accidents. Cette compagnie dépensait plus pour la prévention, mais elle n'était pas récompensée. Ses primes étaient exactement les mêmes. Des militants m'ont fait savoir que l'entreprise réduit à présent ses activités de prévention parce qu'elle dépense plus que ses concurrents sans en être aucunement récompensée.

In the current system, there is a disincentive to spend money because, if you injure your workers, a payroll tax and the tax base take care of the problem. Rather than expending money on prevention, there is a disincentive because the system picks up the slack.

Dans le cadre du système actuel, il y a une contre-incitation à consacrer de l'argent à ce genre de chose, étant donné qu'en cas d'accident du travail les charges sociales et les impôts ordinaires sont là pour financer les soins. Les employeurs sont dissuadés de consacrer de l'argent à la prévention, parce que le système de soins est là pour prendre en charge les malades.

Senator Morin: That was not the chairman's question. If one of your unionised workers hurts his foot on Sunday, he may wait six months for an operation, but if he hurts his foot on Monday, he is operated on the next day.

Le sénateur Morin: Vous n'avez pas répondu à la question de la vice-présidente. Si un de vos travailleurs syndiqués se fait mal au pied un dimanche, il attendra peut-être six mois avant de se faire opérer, mais s'il se fait mal au pied un lundi, il sera opéré le lendemain.

Mr. Georgetti: Are you that saying one is a workplace injury, and one is not?

M. Georgetti: Ce que vous dites, c'est que dans un cas, l'intéressé est blessé au travail, alors que dans l'autre cas, non. C'est bien ça?

Senator Morin: Yes, although his productivity is no different if he hurts his foot on Sunday rather than on Monday. He is not at work on Tuesday in both instances.

Le sénateur Morin: Oui, mais sa productivité n'est guère différente s'il se fait mal au pied dimanche plutôt que lundi. Dans les deux cas, il ne se présentera pas au travail mardi.

Mr. Georgetti: The pressure to put him into the system as an injured worker, comes from the employer.

Senator Morin: As a union leader, why do you accept that?

Mr. Georgetti: We do not accept it.

Senator Morin: Should we eliminate preferred treatment throughout the country for people on Workers' Compensation?

Mr. Georgetti: Absolutely. The point is, the employers put the pressure on the system because Workers' Compensation has an experience rating in it, and the longer the person is off, the higher the employer's premiums will be in the next year.

Senator Morin: I understand that. Should there not be pressure from other Canadians who are not employees to be treated as quickly as the others? Why do employers have preferential treatment in our Canadian system?

Mr. Georgetti: Perhaps you could answer that question for me.

Senator Morin: As a union representative, you are against this system.

Mr. Georgetti: We are against a system that gives anybody a leg up or preference. It should be on the basis of need, not on the basis of whether you are working or not, or whether you live in a rich or a poor neighbourhood.

The Deputy Chairman: It is interesting that you use the British Columbia example where many hospitals and private clinics are opening.

Mr. Georgetti: When I was there, the employers got a hospital to open for a night shift and they paid for the cost to treat injured workers and get them back to work. It was the union movement's protest that stopped that process.

Senator Cordy: Ms Sholzberg-Gray, will you send the information on accountability that you had to the clerk?

Ms Sholzberg-Gray: Yes, we will. We believe it is a misunderstood area. We have a description of what it means and how some of the issues need to be resolved, however we cannot just talk about accountability, we have to do it.

Senator Morin: Do you have anything on ethics?

Ms Sholzberg-Gray: We do not have very much on ethics. We have had some discussion at our board meeting, noting that it had to be part of any discussions. We talk about evidence-based

M. Georgetti: Ce sont les employeurs qui font pression pour que les travailleurs blessés soient rapidement pris en charge par le système.

Le sénateur Morin: Et en tant que dirigeant syndical, pourquoi acceptez-vous cela?

M. Georgetti: Nous ne l'acceptons pas.

Le sénateur Morin: Faudrait-il donc éliminer le traitement de faveur dont bénéficient toutes les personnes au Canada qui sont victimes d'un accident du travail?

M. Georgetti: Oui, absolument. Il faut surtout se rappeler que ce sont les employeurs qui exercent des pressions sur le système, parce que les commissions des accidents du travail décident de la tarification en fonction de la fréquence, si bien que plus longtemps l'employé demeure en congé, plus l'employeur aura à payer des primes élevées au cours de l'année qui suit.

Le sénateur Morin: Oui, je comprends. Mais ne pensez-vous pas que d'autres Canadiens qui ne sont pas des travailleurs devraient faire pression pour être traités aussi rapidement que d'autres? Pourquoi les employeurs bénéficient-ils d'un traitement de faveur dans le cadre de notre système canadien de soins de santé?

M. Georgetti: Peut-être pourriez-vous répondre à cette question à ma place.

Le sénateur Morin: En tant que représentant syndical, vous êtes contre un tel système.

M. Georgetti: Nous sommes contre tout système qui accorde un avantage supplémentaire ou un traitement de faveur à quiconque. L'accès au système doit être fonction du besoin, et non du fait de travailler ou de ne pas travailler, ou de vivre dans un quartier riche ou pauvre.

La vice-présidente: Je trouve intéressant que vous ayez cité l'exemple de la Colombie-Britannique, où de nombreux hôpitaux et cliniques privés sont en train d'ouvrir.

M. Georgetti: Quand j'y habitais encore, les employeurs ont fait en sorte qu'un hôpital prévoie une équipe de nuit et ils ont payé les traitements dont leurs travailleurs blessés avaient besoin pour qu'ils puissent reprendre le travail rapidement. Ce sont les protestations du mouvement syndical qui ont mis un terme à cette démarche.

Le sénateur Cordy: Madame Sholzberg-Gray, auriez-vous l'obligeance de faire parvenir à la greffière l'information dont vous parliez tout à l'heure sur la responsabilisation?

Mme Sholzberg-Gray: Oui, absolument. À notre avis, c'est un domaine qui est mal compris. Nous avons certaines définitions et une idée des mesures à prendre pour régler certains problèmes, mais il ne suffit pas de parler de responsabilisation; il est temps maintenant d'appliquer les principes que nous prenons.

Le sénateur Morin: Avez-vous des recommandations sur la déontologie?

Mme Sholzberg-Gray: Non, nous n'avons pas grand-chose là-dessus. Nous en avons discuté aux réunions du conseil d'administration, en prenant bonne note du fait que cette

approaches to decide what should be in the publicly funded Canada Health Act set list of services. We do not believe that lists work. Something that is appropriate for one person is not always appropriate for another. If there were a list of screens to determine what should be included in the Canada Health Act services, ethical decision making would have to be there as one of the screens. In other words, we have to take into account that even though the person did not pass through the first three screens, we could not, because of the nature of our society, deprive someone access to services. That has to be brought into everything we do.

Senator Morin: That is an important issue which we did not consider.

Ms Sholzberg-Gray: A lot of people do. The Catholic Health Association of Canada has done important work there. I think we should look at that work and inform ourselves of it when we make decisions as to what should and should not be in.

The Deputy Chairman: A point of clarification on your targeting of new funds to meet urgent needs. You talk about information technology and medical equipment. Did you arrive at a figure of what would be required in the system for new technologies?

Ms Sholzberg-Gray: In speaking to people who are knowledgeable in the field, we hear figures of $3 billion to $5 billion. That is why we are concerned about the federal government's investment of half a billion dollars through the new corporation that was set up. It will not resolve the issue.

People who have been involved in review commissions say that we must invest more money in information technology, and do it as soon as possible because we cannot go forward on some of the reforms that we want. I have to ask, "What front-line care do you want to reduce today in order to invest in that information technology?"

It has to be a separate, targeted fund. We cannot take funds away from front-line care today and tell people that five or ten years from now it will be better because we will have more information.

The Deputy Chairman: It goes in lock-step.

Ms Sholzberg-Gray: Yes. You have to do both at the same time. One of the problems with this sector is that you have to continue to treat people from day-to-day in the current system while trying to move to the next one. I heard an academic at the University of Toronto, Carolyn Tuohy, note that there is not

question devait être abordée dans le cadre des discussions. Nous avons également parlé d'approches fondées sur l'expérience clinique pour déterminer quels services devraient être inclus dans la liste des services assurés qu'on retrouve dans la Loi canadienne sur la santé. À notre avis, la liste actuelle n'est pas appropriée. Ce qui convient à l'un peut ne pas convenir à l'autre. S'il y avait une liste de critères nous permettant de déterminer quels services devraient être assurés aux termes de la Loi canadienne sur la santé, la prise de décision responsable et axée sur les principes déontologiques devrait être l'un des critères. Autrement dit, nous devrions tenir compte du fait que même si l'intéressé n'a pas répondu aux trois premiers critères, la nature de notre société est telle qu'il ne serait pas acceptable de le priver de services. Ce critère ou impératif doit influencer l'ensemble de nos activités.

Le sénateur Morin: Voilà justement un facteur important dont nous n'avons pas tenu compte.

Mme Sholzberg-Gray: Mais beaucoup de gens en tiennent compte. L'Association catholique canadienne de la santé a effectué un travail important dans ce domaine. Il convient à notre avis d'examiner ce travail et d'en tenir compte au moment de décider quels services devraient ou ne devraient pas être assurés.

La vice-présidente: Je voudrais vous demander des éclaircissements au sujet de la possibilité de réserver les nouveaux crédits en vue de répondre aux besoins urgents. Vous parlez de technologie de l'information et d'équipement médical. Avez-vous un chiffre en tête pour ce qui est des besoins du système en matière de nouvelles technologies?

Mme Sholzberg-Gray: Les personnes à qui nous avons parlé qui sont des experts en la matière nous disent qu'il faut prévoir un investissement de 3 à 5 milliards de dollars. Voilà pourquoi nous trouvons inquiétant que le gouvernement fédéral prévoie d'investir seulement 0,5 milliard de dollars par le biais de la nouvelle société qui a été mise sur pied. Cet investissement ne permettra pas de régler les problèmes.

Les gens qui ont participé au travail de diverses commissions d'étude nous disent qu'il faut investir plus d'argent dans les technologies de l'information, et ce le plus tôt possible, parce que nous ne sommes pas en mesure de procéder à certaines des réformes qui nous semblent prioritaires. Je me dois donc de vous poser la question que voici: «Quels soins de première ligne êtes-vous prêts à réduire aujourd'hui pour être à même d'investir dans les technologies de l'information?»

Il faut absolument prévoir un fonds distinct. Il ne convient pas d'investir moins dans les soins de première ligne aujourd'hui, sous prétexte que d'ici cinq ou 10 ans, le système sera plus efficace, parce que nous disposerons de plus d'information.

La vice-présidente: Les deux vont de pair.

Mme Sholzberg-Gray: Oui. Il faut faire les deux en même temps. L'un des problèmes dans ce domaine, c'est qu'il faut continuer à traiter les malades de jour en jour dans le cadre du système actuel pendant que vous essayez de faire la transition vers le prochain système. À l'Université de Toronto, une professeure

enough slack in the system to spend money on the transitional areas, on the targeted areas, that need new investment without sacrificing treatment for people and increasing the waiting lists.

du nom de Carolyn Tuohy disait que le système actuel n'a pas la latitude voulue pour nous permettre de consacrer des crédits à des initiatives transitoires ou des programmes sélectifs qui requièrent de l'argent frais sans sacrifier les autres traitements dont les Canadiens ont besoin et faire allonger les listes d'attente.

Senator Cook: When you began your presentations you used the word "sustainability." I have problems with what that word means across the spectrum of health care, particularly with respect to this study.

Le sénateur Cook: Au début de vos exposés, vous avez parlé de «viabilité». Je ne suis pas tout à fait sûre de savoir ce que signifie ce terme par rapport à la gamme complète des soins de santé, notamment dans le contexte de cette étude.

In your recommendation you recommend that we replace the Canada Health and Social Transfer by breaking it into separate envelopes for health, education and social assistance. Ms Sholzberg-Gray, you talked about going back to using the Social Union Framework Agreement. Would you comment on those two matters?

Vous dites dans votre recommandation qu'il faut remplacer le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux par trois enveloppes budgétaires distinctes au titre de la santé, de l'éducation et de l'assistance sociale. Madame Sholzberg-Gray, vous avez dit qu'il faut reprendre les éléments de l'Accord-cadre sur l'union sociale. Je voudrais entendre vos observations sur ces deux questions.

Why did we amalgamate those items, Mr. Georgetti? At one time they were separate, and then they were combined. Apparently you do not see it as working and you would like to break it apart. What would that achieve? It suggests to me that the Social Union Framework Agreement is loose and that, in fact, there are some holes. Perhaps we could tighten it up. I am having difficulty with the sustainability issue.

Pourquoi a-t-on cru bon de fusionner ces trois secteurs, monsieur Georgetti? À une époque, ils étaient parfaitement distincts, et par la suite, il a été décidé de les fusionner. En ce qui vous concerne, la formule actuelle ne donne pas de bons résultats, si bien que vous demandez la création de trois enveloppes budgétaires distinctes. Quel serait l'avantage d'une telle formule? Pour moi, cela veut dire que l'Accord-cadre sur l'union sociale est trop vague et a peut-être des lacunes. Peut-être faudrait-il resserrer un peu les dispositions de cet accord. Disons que la question de la viabilité me semble tout à fait problématique.

Ms Sholzberg-Gray: Many people are equating sustainability with affordability. In Canada a number of provincial governments claim that they cannot afford to spend 40 per cent to 55 per cent of their provincial budgets on health care because it will crowd out all of the important areas in which they need to invest. We agree that those other areas are crucial. In fact, they are crucial to the health of our nation. If you do not have an educated population, environmental expenditures or expenditures in housing and proper infrastructure, you will also not have a high health status. We would not want to crowd that out.

Mme Sholzberg-Gray: Beaucoup de gens assimilent la viabilité aux moyens financiers. Au Canada, plusieurs administrations provinciales prétendent qu'elles n'ont pas les moyens de consacrer entre 40 et 50 p. 100 de leurs budgets provinciaux aux soins de santé, parce qu'elles seront obligées d'écarter toutes sortes d'autres domaines importants où des investissements s'imposent. Nous sommes d'accord pour dire que ces autres domaines sont d'une importance critique. En fait, ils sont critiques pour la santé même de notre nation. En l'absence d'une population instruite, de dépenses environnementales ou de dépenses au titre du logement et d'une infrastructure appropriée, l'état de santé de la population ne sera pas très élevé. Donc, il ne s'agit ps d'exclure ces autres priorités.

That all has to be put into perspective, though. One of the reasons that the program spending at those provincial levels has increased so much is that they have cut program spending in favour of tax cuts. We have to make a decision about which way we want to go — that is at the provincial level.

Par contre, il faut voir tous ces éléments dans leur contexte. Si les dépenses de programmes au niveau provincial ont autant augmenté, c'est parce que les provinces ont préféré comprimer les dépenses pour être en mesure de réduire les impôts. Il s'agit donc de décider ce qui compte le plus — ça, c'est au niveau provincial.

At the federal level, we believe that there is more room to spend money, and I have noted the ways in which we can do that. A certain number of billions of dollars per year could make up for past cuts, assure system change that will move in the right direction, and ensure access to comparable services.

Au niveau fédéral, il y a lieu à notre avis de dépenser davantage, et je vous ai parlé des différentes possibilités à cet égard. Un investissement de plusieurs milliards de dollars par année permettrait de compenser les compressions antérieures, d'apporter des changements au système qui l'orientera convenablement pour l'avenir, et de garantir l'accès à des services comparables.

As to the issue of the CHST and its murkiness, the truth is that we have had block funding since 1977. At the time it was introduced — forget about the tax cuts because that was a mistake — block funding was a good idea because it enabled

En ce qui concerne le TCSPS et le vague qui l'entoure, le fait est que la formule du financement global existe depuis 1977. Au moment de son instauration — oubliez les réductions d'impôt, car c'était une erreur — le financement global était approprié parce

provincial governments to spend money in health areas other than hospitals and physician services. That led to the development of community services, which was a good thing in the sense that they did not have to track dollars. Therefore, block funding is not bad provided it is not linked to conditions, criteria and standards, which are carefully enforced, to ensure access for Canadians.

qu'il permettait aux administrations provinciales d'utiliser les crédits versés au titre de la santé pour autre chose que les hôpitaux et les services des médecins. Voilà qui a donné lieu à la mise en place de services communautaires, ce qui était fort positif en ce sens que ce n'était pas nécessaire de suivre de près l'utilisation de tous les fonds. Donc, le financement global en soi n'est pas une mauvaise chose, à condition qu'il repose sur des conditions, des critères et des normes qui sont rigoureusement respectés, et ce afin de garantir à tous les Canadiens l'accès au système de soins.

However, the CHST might not be working because we have these arguments between the various levels of government about who is spending what, who is not spending what, who is using the money for tax cuts and who is not using the money for tax cuts; and that is why we suggest looking at other mechanisms.

Cependant, si le TCSPS ne donne pas de bons résultats, c'est peut-être à cause de ces disputes entre les différents paliers de gouvernement concernant le fait de savoir qui dépense quoi, quelles sommes ne sont pas utilisées, qui se sert des crédits pour financer des réductions d'impôt et qui ne le fait pas; voilà pourquoi nous proposons d'examiner d'autres mécanismes.

I meant to include the Social Union Framework Agreement in my comments, although it is not necessarily directly related to the discussion on the CHST. We have a Canada Health Act with very specific, though not well-defined, criteria and two other important principles: no user fees and no extra billing. We could expand the publicly funded system on a national basis to include a range of other services, noting that those services all exist in the various provinces in various ways. One way to do that might be to invoke the provisions of Social Union Framework Agreement specifically where it states that, if six provinces agree to common objectives, you can have a new, shared federal-provincial program and the objectives can be reasonably loose, although they should be tight enough to ensure that Canadians have reasonably comparable access, and you do not have to include every province. It also mentions provinces that currently meet the benchmark. For instance, let us say that Manitoba has a very strong home care program that would meet the new federal objectives, then it would receive the money and use it in other areas of the health system that are in need in that province. Similarly, New Brunswick has a good acute care replacement extramural hospital program, it might use the money to build up some other part — let us say its community services that might not be as good in the home support area — provided the common objectives were agreed to.

Je voulais aborder dans mes remarques liminaires la question de l'Accord-cadre sur l'union sociale, bien que ce ne soit pas directement lié au débat sur le TCSPS. Nous disposons à l'heure actuelle d'une Loi canadienne sur la santé qui comporte des critères bien spécifiques, même s'ils ne sont pas bien définis, et précise bien deux autres principes importants: les frais modérateurs et la surfacturation ne seront pas tolérés. Nous pourrions élargir le système public à l'échelle nationale pour prévoir toute une gamme d'autres services, bien que ces services existent déjà sous diverses formes dans différentes provinces. À cet égard, il conviendrait peut-être d'invoquer les dispositions de l'Accord-cadre sur l'union sociale là où on y précise que six provinces sont d'accord sur des objectifs communs, il sera possible de créer un nouveau programme fédéra-provincial à frais partagés, reposant sur des objectifs plus ou moins bien définis, même si ceux-ci devraient être décrits avec suffisamment de précision pour garantir que les citoyens canadiens auront un accès relativement comparable aux services et soins de santé, et toutes les provinces ne seront pas tenues d'y participer. Il y est également question de provinces qui répondent actuellement aux critères de base. Par exemple, supposons que le Manitoba ait un excellent programme de soins à domicile qui répond aux nouveaux objectifs fédéraux; à ce moment-là, la province du Manitoba recevrait des crédits et pourrait s'en servir dans d'autres secteurs du système de soins où les besoins sont plus impérieux. De même, le Nouveau-Brunswick a un bon programme d'hôpitaux extra-muros de remplacement des soins actifs, si bien qu'il pourrait se servir de cet argent pour améliorer les services dans un autre domaine — peut-être que ses services communautaires sont moins bons que ses soins à domicile — à condition d'être d'accord sur les objectifs communs.

We are suggesting that the Social Union Framework Agreement i a way to enable the federal and provincial governments to come together to do something for Canadians without having to open up the Canada Health Act right now and having to make decisions on whether all of those principles should apply to the rest of the continuum.

À notre avis, l'Accord-cadre sur l'union sociale représente un meilleur moyen de permettre aux administrations fédérale et provinciales de participer à des projets coopératifs qui bénéficieront à toute la population sans avoir à rouvrir pour l'instant la Loi canadienne sur la santé et d'avoir à décider si tous ces principes devraient s'appliquer aux autres soins et services qui font partie de la séquence des soins.

For example, I do not see a situation in our country where the public would agree for one minute that people could not buy home support services if they wanted to because they needed more

Par exemple, je peux difficilement concevoir que les Canadiens acceptent qu'on leur refuse la possibilité de payer eux-mêmes des services de soutien à domicile s'ils avaient besoin de plus que ce

than was provided in the publicly funded system. Yet, they are happy to accept the fact that physician and hospital services should be presented in a more restricted way. That is why we would suggest using SUFA.

Mr. Georgetti: From our perspective, the CHST was designed to mask the responsibility that the federal government used to have in terms of its transfer. We think that bringing it back to three individual programs would bring back three critical elements: control, accountability and, most importantly, transparency. Some schemes have political usefulness and this one has that. From the federal government's standpoint, in particular its relationship with the provinces, this would give it much more credibility with the Canadian public in respect of paying its share of the transfers for those areas and allowing the public to have an eye and a view to watch who is delivering on its commitment to the citizens in terms of responsibility.

I suspect that education will be next in this debate about whether we fund adequately. I watch across the country with interest what is happening in the area of our rhetorical commitment to education. The amount of money being injected is decreasing.

There should transparency so that Canadians can see exactly where their money is spent, how it comes back and where it is directed. It is nobody's fault but everybody's problem. I find that sad because rhetoric should not get in the way of making informed public policy decisions. Canadians are confused about who is paying for it and why the system is not working.

Ms Sholzberg-Gray: Sustainability sometimes means affordability. It means the kind of system we are talking about will change. The health system is sustainable if we have primary care reform, the appropriate information technology, the different ways of delivering services, services provided in the appropriate place by the appropriate provider, resolve all scope-of-practice issues, have appropriate drug utilization policies, et cetera. In other words, we have a sustainable system and we can make it affordable if we implement all of those system changes.

Forget people who think the whole solution is to privatize everything and that is that. Many people have said that we need this list of system changes. The real problem is that we keep saying we need them but we do not move to achieve them. That is the challenge. We have to do it so that we can have a sustainable system.

You cannot make straight-line projections based on today's expenditures as to what might happen 20 years from now. Twenty years ago, hospitals accounted for 45 per cent of our health

que prévoit le système de soins public. Par contre, ils acceptent volontiers que les services des médecins et ceux dispensés en milieu hospitalier fassent l'objet d'un peu plus de restrictions. Voilà pourquoi nous proposons de passer par l'ACUS.

M. Georgetti: À notre avis, le TCSPS a été conçu au départ pour occulter la responsabilité du fédéral par rapport aux transferts. À notre avis, le fait de prévoir à nouveau trois enveloppes distinctes permettrait de ramener trois éléments critiques: le contrôle, la responsabilisation et, surtout, la transparence. Certains projets ont leur utilité politique et c'est certainement ce qu'on peut dire à propos de celui-là. En ce qui concerne le fédéral, notamment du point de vue de ses rapports avec les provinces, la formule que nous proposons rétablirait grandement sa crédibilité auprès du public canadien en ce sens que les citoyens verraient eux-mêmes que le fédéral fait sa part par le biais de ces différents transferts et qu'ils seraient à même de déterminer qui prend ses responsabilités et qui respecte ses engagements vis-à-vis de la population.

J'ai l'impression que le prochain débat s'articulera autour de l'éducation et du fait de savoir si ce secteur est suffisamment bien financé. Je constate avec beaucoup d'intérêt l'évolution de la situation en ce qui concerne notre engagement superficiel vis-à-vis de l'éducation. En réalité, les crédits consacrés à l'éducation sont en baisse.

De plus, la transparence s'impose pour que les Canadiens voient exactement à quoi servent les deniers publics, comment ils sont réinvestis et dans quels secteurs. C'est la faute de personne mais le problème de tout le monde. Cela m'attriste parce que les belles paroles ne doivent pas nous empêcher de prendre des décisions éclairées en matière de décisions gouvernementales. Les Canadiens ne sont pas sûrs de savoir qui paie quoi et pourquoi le système ne marche pas.

Mme Sholzberg-Gray: La viabilité est parfois synonyme de moyens financiers. Pour nous cela veut dire que le système dont nous parlons pourra évoluer. Notre régime survivra si nous procédons à une réforme des soins primaires, si nous avons accès aux technologies de l'information appropriées et à différentes méthodes de prestation des services, si les service sont fournis dans le milieu approprié par le fournisseur approprié, si les questions touchant l'étendue de la pratique sont réglées, si nos politiques sur l'utilisation des médicaments sont appropriées, et cetera. Autrement dit, nous avons un système viable et nous pouvons faire en sorte qu'il corresponde à nos moyens financiers si nous opérons tous les changements qui s'imposent.

N'écoutez pas ceux qui prétendent que la solution consiste simplement à tout privatiser, et voilà tout. Beaucoup de gens ont déjà déclaré que toute une série de changements s'impose. Le vrai problème, c'est que nous continuons à dire que nous devons changer les choses mais nous ne faisons rien pour concrétiser ces changements. Voilà le défi que nous avons à relever. Mais nous devons absolument le relever pour assurer la viabilité de notre système de soins.

Il n'est pas possible de faire une extrapolation linéaire, en se fondant sur les dépenses actuelles, pour savoir ce qui arrivera dans 20 ans. Il y a 20 ans, les dépenses des hôpitaux représentaient

budget. Today, because of new technologies, day surgery and shorter hospital stays, hospitals account for only 32 per cent. Twenty years ago we would have been wrong if we had said it would be 45 per cent today. We have to make our projections on the basis of the system change that we must implement.

45 p. 100 de notre budget de santé. À l'heure actuelle, à cause des nouvelles technologies, de la chirurgie de jour et de la réduction des séjours à l'hôpital, les dépenses des hôpitaux ne représentent plus que 32 p. 100 du budget global. Il y a 20 ans, nous aurions eu tort de dire que leurs dépenses représenteraient maintenant 45 p. 100 de notre budget de santé. Il faut absolument fonder nos projections sur la nature des changements que nous comptons opérer.

The Deputy Chairman: I believe there is general confusion in the public about block funding and tax points, and we have to acknowledge that. It equates with the line in the old Abbott and Costello movie, "Who's on First?" I think the public is confused as to who is responsible for what.

La vice-présidente: À mon avis, il y a pas mal de confusion dans l'esprit des gens concernant le financement global et les points fiscaux, et il faut en être conscient. Ça me rappelle la fameuse boutade du vieux film d'Abbott et Costello, «C'est à qui de commencer?» À mon avis, le public ne sait pas très bien qui est responsable de quoi.

I thank our witnesses, Mr. Georgetti and Ms Sholzberg-Gray, for their enlightening and informative presentations.

Je voudrais remercier nos témoins, M. Georgetti et Mme Sholzberg-Gray, pour leurs exposés fort intéressants et informatifs.

The committee continued *in camera*.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

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

If undelivered, return COVER ONLY to:

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

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

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

WITNESSES

From the Canadian Healthcare Association:

Sharon Sholzberg-Gray, President and CEO;

Kathryn Tregunna, Director, Policy Development.

From the Canadian Labour Congress:

Kenneth V. Georgetti, President;

Cindy Wiggins, Senior Researcher, Social and Economic Policy Department.

TÉMOINS

De l'Association canadienne des soins de santé:

Sharon Sholzberg-Gray, présidente-directrice générale;

Kathryn Tregunna, directrice, Élaboration des politiques.

Du Congrès du travail du Canada:

Kenneth V. Georgetti, président;

Cindy Wiggins, recherchiste principale, Direction des politiques sociales et économiques.

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

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