

**INVESTING IN HEALTH INFRASTRUCTURE  
KEY TO A DYNAMIC HEALTH SYSTEM**

**Brief Submitted to the  
House of Commons  
Standing Committee on Finance**



**Canadian Healthcare Association  
Association canadienne des soins de santé**

**August 2008**

## EXECUTIVE SUMMARY

The Canadian Healthcare Association (CHA) is the federation of provincial and territorial hospital and health organizations across Canada. Through its members, CHA represents a broad continuum of services, including acute care, home and community care, long term care, public health, mental health, palliative care, addiction services, children, youth, and family services, and housing services. These services are provided through regional health authorities, hospitals, and other facilities and agencies that serve all Canadians and are governed by trustees who act in the public interest.

CHA is a leader in developing, and advocating for, health policy solutions that meet the needs of Canadians. CHA is committed to a health system that provides access to a continuum of comparable health services throughout Canada

***This year's brief to the Finance Committee has focused on the urgently required renewal of Canada's health infrastructure.***

Traditionally, health infrastructure has been identified only as 'bricks and mortar'. However, times have changed, and any such discussion must now include diagnostic equipment, tools for patient and worker safety and information and communication technologies (including a uniform electronic health record). Combined, these critically important components will contribute to a vastly improved health system.

Specifically, the federal budget must provide secure and ongoing funds to support health infrastructure. This includes the three interconnected elements of:

- Cost-sharing capital infrastructure costs,
- Developing strong health information systems, and
- Creating a medical/diagnostic equipment fund for patient and worker safety

CHA's Recommendations:

*CHA urges the federal government to create a **national program for investment in capital infrastructure for health** in partnership with the provinces and territories. Under this program, both levels of government will share the costs of renewing urgently needed capital infrastructure across the continuum of care and will thereby stimulate economic growth. This funding should not be tied to year-end budgetary surpluses but should be a commitment for ongoing health infrastructure funding. The investment program should promote and encourage effective delivery models in accordance with the principles of health system renewal.*

*CHA also suggests that governments continue to **explore potential public-private partnerships** in the funding of health care equipment and capital infrastructure needs. However these partnerships should complement government funding and neither eliminate nor erode the federal, provincial and territorial governments' responsibility for leadership in essential funding of the health system.*

*CHA urges governments to increase funding and to work collaboratively with health system stakeholders to coordinate the development of a pan-Canadian solution that addresses the challenges of achieving compatible **health information technologies** not only within acute care facilities but also in long term care, home care and in primary care practices.*

*CHA urges the federal government to meet the necessary investment in health by providing targeted funds to the provinces and territories for the acquisition and operation of **medical equipment** related to patient and worker safety and health technologies.*

## SUPPORT NEEDED FOR HEALTH INFRASTRUCTURE

Traditionally, health infrastructure has been identified only as "bricks and mortar.". However, times have changed, and any discussion of health infrastructure must now include needs such as diagnostic equipment, tools for patient and worker safety, and information and communication technologies (including a uniform electronic health record, or "EHR"). Combined, these critically important components will contribute to a vastly improved health system.

Specifically, the federal budget must provide secure and ongoing funds to support health infrastructure. This includes the three interconnected elements of:

- a) cost-sharing capital infrastructure costs
- b) developing strong health information systems
- c) creating a new Medical/Diagnostic Equipment Fund for patient and worker safety

### A. Cost-Sharing of Capital Infrastructure Costs

#### Current Situation

Provincial and territorial governments are challenged by an ageing health infrastructure in need of renewal. This has posed problems in the areas of patient safety, overcrowding and backlogs. A number of these issues have been profiled in the national media. Older health infrastructure is partially responsible for C.difficile outbreaks. In 2003, C.difficile caused 2,000 deaths in Quebec, and since 2006, 264 C difficile deaths have been confirmed in Ontario.

Many of our healthcare facilities, especially hospitals, were built between 1948 and 1971 as a result of much-needed federal leadership. Through the National Health Grants (NHG) program, the federal government provided matching funds to provincial governments to build hospitals. It is estimated that as many as 90% of Canada's hospitals were created through shared funding models.

In the late 1960s, the federal government began to curtail its spending. By the time Canada reached the 1990s, marked fiscal restraint forced health organizations to drastically reduce their budgets. They were thus less able to maintain and upgrade equipment and building infrastructure. At the same time, however, there were shifting patterns of interventions and care settings, as well as unprecedented advancements in medical technology creating ever-greater needs. Additionally, restructuring recommendations called for a realignment of health services and the creation of new types of structures to respond to changes in the delivery of care. To address this growing gap between available funds and the need for modernization, capital investments were urgently needed for health facilities to tackle the health needs of the population.

Budget 2007<sup>1</sup> indicated that spending by all orders of government on public infrastructure, as a proportion of gross domestic product, declined over the three decades following the 1960s. Throughout the 1970s, 1980s and 1990s, capital responsibilities were shifted from the federal government (which has the greatest ability to generate revenue through economic growth) to the levels of government with the least growth-responsive revenue base. Many institutions therefore came to rely on private grants, foundations and donations to renew older facilities or create new programs. Federal investments have not been forthcoming.

#### Health Infrastructure Shortfall

According to the Federation of Canadian Municipalities, there is a current municipal infrastructure shortfall of \$123 billion.<sup>2</sup> Two sectors identified as requiring investment are hospitals and long term care facilities. The magnitude of this capital infrastructure need is being addressed in some provinces. For example, Ontario and Prince Edward Island have committed significant dollars to new hospital construction and expansion. Media reports indicate substantial public support and

commitment for these endeavours. In some cases, a whole new facility may be required, but in other cases the need may be localized to a new heating plant or updating of patient areas to accommodate better infection control practices.<sup>3</sup>

In order to modernize or replace obsolete facilities, provinces have turned to new financing arrangements through public-private partnerships, often termed “P3s”, or other private financing arrangements. Some governments have embraced these models because they allow them to replace ageing infrastructure without incurring insurmountable debt up front, and health system leaders have often welcomed these arrangements as one way to acquire much-needed infrastructure.

However, there remains an inequity in this modest infrastructure renewal. While a number of public-private partnership solutions are, indeed, being undertaken, the focus has been on hospital infrastructure, with insufficient attention being paid to the extensive need for financial support of this nature along the entire health continuum. The situation is critical and extends beyond hospitals to community health centres, long term care facilities, assisted living, mental health facilities and home care. The creation of PPP Canada Inc. may provide some assistance, but provinces may only tap into funds from this agency when the project costs exceed \$50 million. Many of the health infrastructure projects are well below this amount, especially in rural areas.

### **The Essential Role of the Federal Government**

Provincial and territorial governments are not able to fully cover the basic equipment and capital needs within the health sector. Budget 2007 identified a need in Canada for a modern, world-class infrastructure and allocated more than \$16 billion over seven years towards infrastructure investment. However, the investment was dedicated to “roads and highways, public transit, bridges, sewer and water systems and green energy.”<sup>1</sup> *The plan did not specifically include funding for new **health physical infrastructure***. In many provinces, local communities are being asked to fund huge health infrastructure costs with private donations and/or local taxes that are beyond the community’s capacity to provide.

A targeted, cost-shared federal fund for health infrastructure is required to address this critical need. “*Building Canada*”, announced in November 2007,<sup>4</sup> is targeted at projects such as bridge rehabilitation, local roads and sports centres, but makes no mention of health facilities. Funding to rebuild the health infrastructure is needed and should be secure and sustained in order to allow for long-term planning.

- *CHA urges the federal government to create a national program for investment in capital infrastructure for health in partnership with the provinces and territories. Under this program, both levels of government will share the costs of renewing urgently needed capital infrastructure across the continuum of care and will thereby stimulate economic growth. This funding should not be tied to year-end budgetary surpluses but should be a commitment for ongoing health infrastructure funding. The investment program should promote and encourage effective delivery models in accordance with the principles of health system renewal.*
- *CHA also suggests that governments continue to **explore potential public-private partnerships** in the funding of health care equipment and capital infrastructure needs. However these partnerships should complement government funding and neither eliminate nor erode the federal, provincial and territorial governments' responsibility for leadership in essential funding of the health system.*

## **B. Develop Strong Health Information Systems**

### **The Importance of Information Technologies in Health**

Technology is fundamentally affecting every aspect of our lives, including how health services are delivered. A Canada-wide health information infrastructure will improve quality, access and timeliness of health services for Canadians, and is pivotal to moving forward on many of the health renewal priorities established by First Ministers. Improved access to care, high quality services, patient safety and the efficiency and effectiveness of the health system are all linked to pan-Canadian information communication technologies and interoperability—that is, the ability to transfer patient information not only across local jurisdictions but also across provinces and territories.

### **Canada Health Infoway**

Canada Health Infoway's mandate is to provide a fully interoperable EHR for 50% of Canadians by 2009, yet this goal falls short of what is needed. The Health Council of Canada has called for 100% coverage by 2010<sup>5</sup>, and CHA is in full agreement. The objective must be 100% coverage of the Canadian population<sup>6</sup>, comprehensiveness in terms of the settings included in the EHR (e.g. hospitals, long term care facilities, home care, physicians' offices, health clinics), and a broader scope as to what will be included in the record. As well, the timetable for implementation needs to be stepped up. Realizing these goals will take substantial investment, but failure to proceed in a timely way will cost more.<sup>7</sup>

### **Australia's Experience**

Australia has made remarkable progress in technology adoption, achieved in part through the use of financial incentives and other government programs. In the late 1990s, the Australian government offered general practitioners financial incentives to install computers and clinical software packages for prescribing drugs and transmitting clinical data. This resulted in a significant rise in the use of computers by general practitioners; from 15 percent in 1997 to 70 percent in 2000.<sup>8</sup> Australian general practitioners have achieved universal use of electronic medical records (EMRs) in less than 10 years. According to the researchers, the routine use of electronic prescribing alone is likely to have improved efficiency and quality of care, while reducing medication errors.

### **Value of Information Communication Technologies**

Information systems with decision-support capacity can improve patient outcomes, increase efficiency within the health system and help ensure that the skills of primary care practitioners are being maximized. A 2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians in seven countries found that many countries are pursuing improved practice- and system-wide information systems capable of following patients across sites of care, preventing duplication and medication errors, and improving clinical quality. However:

- Canadian doctors lag behind other countries in use of IT
- Use rates in Canadian primary practices are well below leading countries for EMRs, electronic prescribing and retrieval of test results (this deficiency often results in duplication of tests)
- More than 40% of Canadian physicians have no system, either manual or computerized, for alerts to potential prescribing problems or follow-up care
- Canadian doctors indicate medical records are sometimes/often not available at time of patient appointment, thus affecting the quality of service delivered

For further information, please consult the attached charts from the Commonwealth Fund study.

## **Coordination and Funding Are Both Important**

Both renewed sources of federal, provincial and territorial cost-shared funding, as well as national coordination, are required to realize a pan-Canadian health information system, establish consistent data collection standards and processes, identify appropriate and comparable performance indicators across the broad continuum of care, and improve data quality.

Funding must also be available to cover the costs associated with the installation of new technology, upgrading of employees' skills, and education of personnel to train, maintain, assess and upgrade the health information systems.

Without a compatible, pan-Canadian health information system, many improvements and cost efficiencies to our health system will not be possible. At the provider level, such a system permits the effective coordination of treatment across the continuum of care. At the manager level, health information technologies provide the necessary information to change and improve the delivery and integration of health services. At the policy level, a pan-Canadian health information system will provide the information required for decision-makers to effectively measure progress and outcomes, and hold health system leaders to account.

*CHA urges governments to increase funding and to work collaboratively with health system stakeholders to coordinate the development of a pan-Canadian solution that addresses the challenges of achieving compatible **health information technologies** not only within acute care facilities but also in long term care, home care and in primary care practices.*

## **C. Funding of Medical Equipment and Healthcare Technology**

One of the key challenges for ensuring a responsive and efficient health system is timely access to healthcare technology, as well as the professionals to operate the equipment and interpret the results. Early, effective diagnostics can reduce overall costs to the health system.

Federal funding initiatives at the beginning of the millennium promoted reinvestment in health infrastructure (equipment). Both the 2003 and 2004 Health Accords provided funds for medical and diagnostic equipment. The 2003 Health Accord allocated \$1.5 billion over three years to provide support for the acquisition and installation of equipment and specialized staff training to improve access to services and reduce wait times. The 2004 *10-year Plan to Strengthen Health Care* provided an additional \$500 million in the first year to fund medical equipment.

During the past decade, there has been rapid growth in the availability of diagnostic technologies such as computed tomography (CT) scanners and magnetic resonance imaging (MRI) units in most OECD countries.<sup>9</sup> The federal investments in recent years eased the capital financing concerns for medical equipment for a short period by addressing the shortage of CTs and MRIs. There remains, however, an ongoing need for the acquisition of new diagnostic equipment as well as other equipment that is vital to the safety of both patients and workers. A healthy and safe workplace looms large as a factor in recruiting and maintaining a stable workforce.

CHA members have indicated that large sums of money are still needed to acquire healthcare technology and medical equipment relating to patient and worker safety. Thus, despite the funding provided in these Accords, the gap caused by earlier cuts has not been bridged, and we are not keeping pace with the growing need for new healthcare technologies.

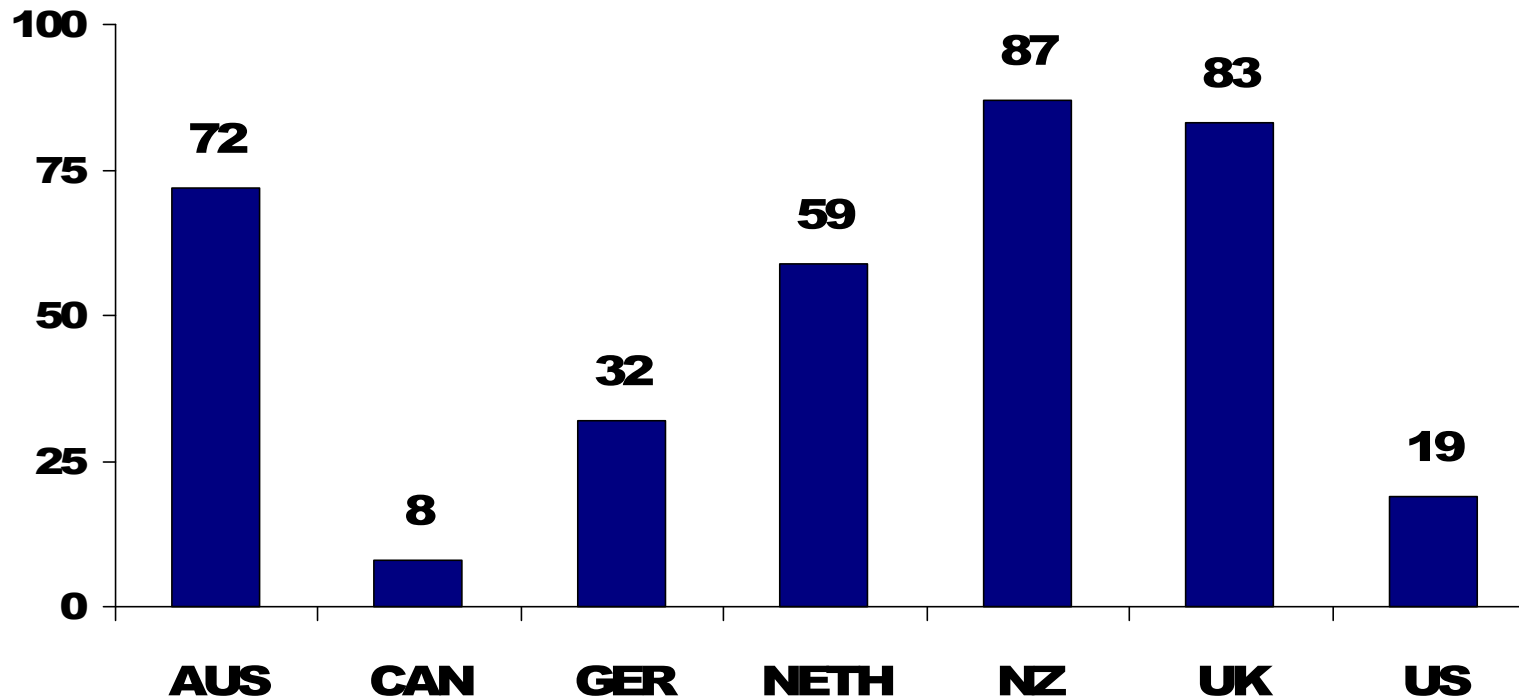
*CHA urges the federal government to meet the necessary investment in health by providing targeted funds to the provinces and territories for the acquisition and operation of **medical equipment** related to patient and worker safety and health technologies.*

## ENDNOTES

- 1 Honourable James M. Flaherty, P.C., M.P ; *Aspire To a Stronger, Safer, Better Canada*, The Budget Plan 2007, tabled in the House of Commons, March 19, 2007.
- 2 Federation of Canadian Municipalities, *Danger Ahead: The Coming Collapse of Canada's Municipal Infrastructure* (November 2007).
- 3 An estimated 220,000 people develop hospital-acquired infections in Canada each year and at least 8,000 patients die from these infections.
- 4 Building Canada is a \$33-billion infrastructure plan that includes base funding of \$17 billion, including the Gas Tax Fund. This will be increased by \$2 billion per year starting in 2010.
- 5 The Health Council of Canada's 2008 report *Rekindling Reform* states "Change is underway, but too slowly. Through funding and expertise from Canada Health Infoway, each province and territory is investing at its own pace. We are still a long way from the promised goal of a national system of electronic health records. Clearly, Canada is not moving aggressively enough to realize the potential of information technology. These are big investments but the payoff is big too."
- 6 Since October 2005, CHA, in its pre-budget briefs, has urged the government to increase funding for an electronic record. The following is the recommendation on record: "*To enhance the efficiency and effectiveness of Canada's health system CHA recommends additional investments of \$6.2 billion over five (5) years in order to accelerate the development and implementation of a pan-Canadian electronic health record and to broaden its scope.*"
- 7 Recent reports have emphasized the importance of electronic health records.
  - a. Matthew Morgan noted the need for the EHR as a fundamental tool for patient safety. He noted that the health system will deteriorate in terms of safety and quality if its foundation is paper-based. Using data from an American study and extrapolated to the Canadian situation, he estimated that if 75% of Canadian family physicians adopted technology in their ambulatory practices, once fully implemented this would save \$236 million annually. The paper also indicates that a fully implemented in-patient computerized order entry could save Canadian hospitals \$1.2 billion annually.
  - b. The report from a conference held in June 2006 and sponsored by Canada Health Infoway (CHI) and the Health Council of Canada on the electronic health record provides data on the return on investment of a fully developed electronic record:
    - The Booz Allen Hamilton study in Canada estimated savings of \$6 billion annually with a fully developed EHR, which would cost about \$1 billion a year for 10 years to implement.
    - The Ontario Telehealth Network saved \$5.2 million in travel grants alone in 2005–06, with 20 million kilometres of travel avoided.
    - In Edmonton, the use of the telephone and fax for exchanging laboratory and other information plummeted as use of the computerized portals increased.
- 8 In D. Keith McInnes, "General Practitioners' Use of Computers for Prescribing and Electronic Health Records: Results from a National Survey," *Medical Journal of Australia*, July 17, 2006..
- 9 In Canada, the number of MRIs has also increased, to reach 5.5 units per million population in 2005. but Canada is still lagging behind the OECD average of 9.8 MRI units per million population. Similarly, the number of CT scanners in Canada stood at 11.2 per million population in 2005, below the OECD average of 20.6

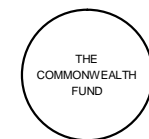
## Figure 8. Primary Care Practices with Advanced Information Capacity

Percent reporting seven or more out of 14 functions\*



\* Count of 14: EMR, EMR access other doctors, outside office, patient; routine use electronic ordering tests, prescriptions, access test results, access hospital records; computer for reminders, Rx alerts, prompt tests results; easy to list diagnosis, medications, patients due for care.

Source: 2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.



**Figure 3. Practice Use of Electronic Technology**

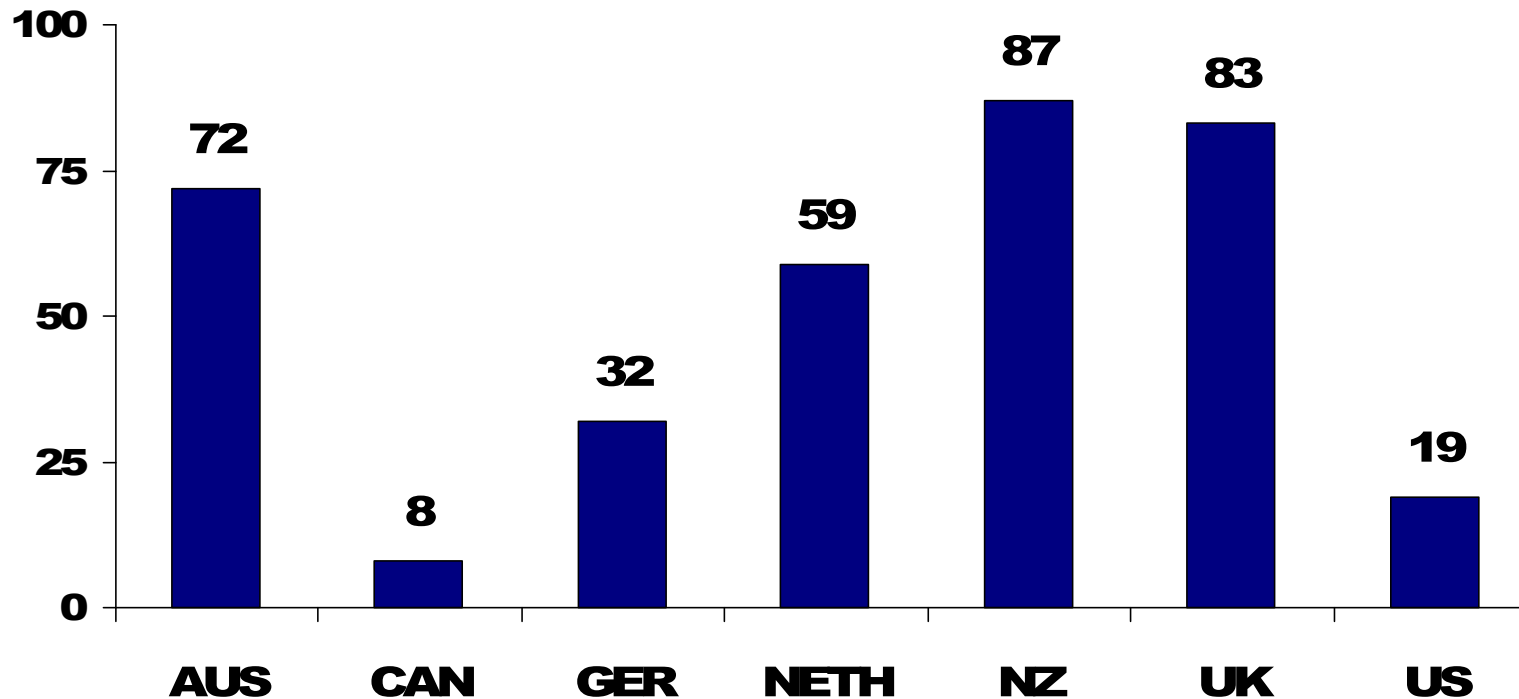
<b>Percent reporting routine use of:</b>	<b>AUS</b>	<b>CAN</b>	<b>GER</b>	<b>NETH</b>	<b>NZ</b>	<b>UK</b>	<b>US</b>
<b>Electronic ordering of tests</b>	<b>65</b>	<b>8</b>	<b>27</b>	<b>5</b>	<b>62</b>	<b>20</b>	<b>22</b>
<b>Electronic prescribing of medication</b>	<b>81</b>	<b>11</b>	<b>59</b>	<b>85</b>	<b>78</b>	<b>55</b>	<b>20</b>
<b>Electronic access to patients' test results</b>	<b>76</b>	<b>27</b>	<b>34</b>	<b>78</b>	<b>90</b>	<b>84</b>	<b>48</b>
<b>Electronic access to patients' hospital records</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>44</b>	<b>19</b>	<b>40</b>

Source: 2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.



## Figure 8. Primary Care Practices with Advanced Information Capacity

Percent reporting seven or more out of 14 functions\*

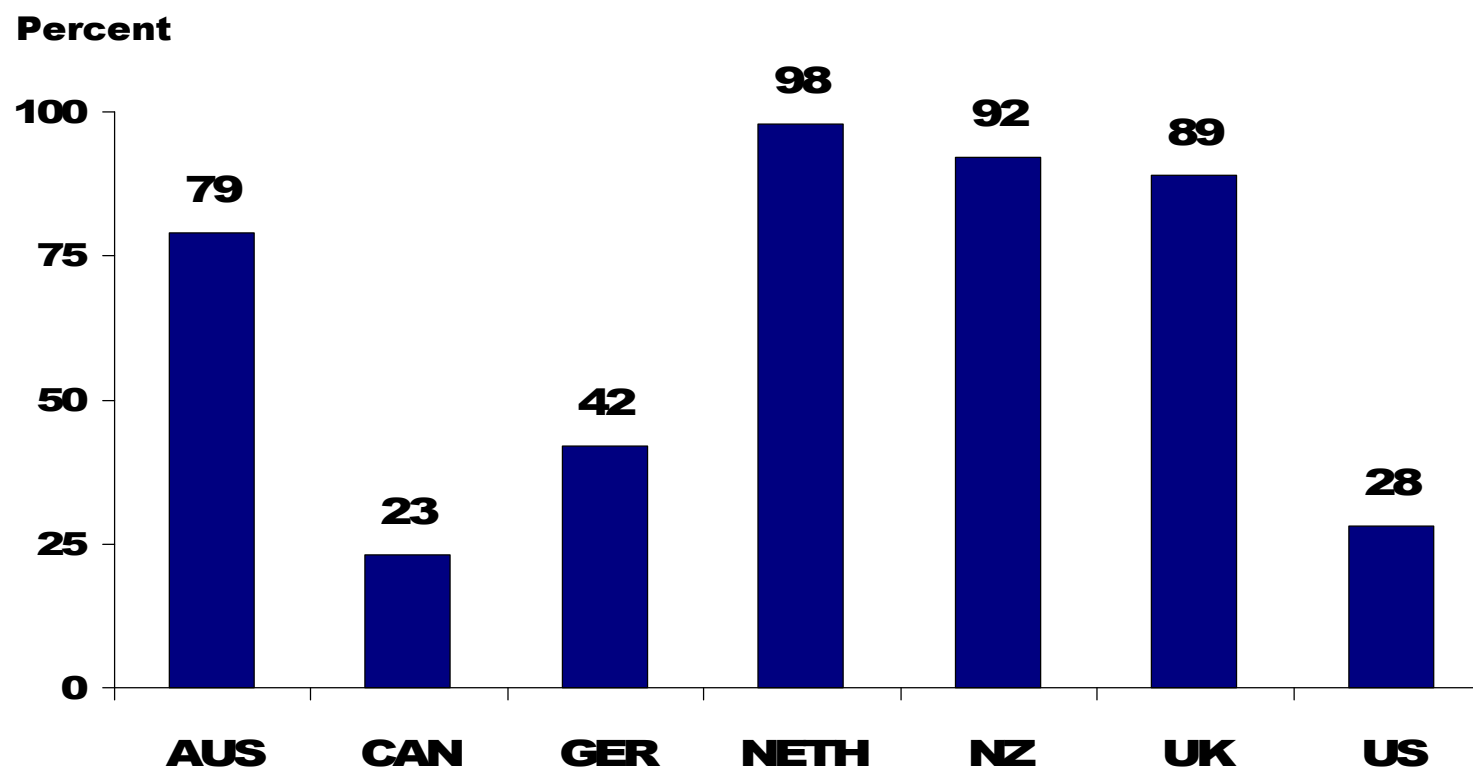


\* Count of 14: EMR, EMR access other doctors, outside office, patient; routine use electronic ordering tests, prescriptions, access test results, access hospital records; computer for reminders, Rx alerts, prompt tests results; easy to list diagnosis, medications, patients due for care.

Source: 2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.



**Figure 1. Primary Care Doctors' Use of Electronic Patient Medical Records, 2006**



Source: 2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.



**Figure 2. Electronic Medical Record System Access**

<b>Percent with capability to:</b>	<b>AUS</b>	<b>CAN</b>	<b>GER</b>	<b>NETH</b>	<b>NZ</b>	<b>UK</b>	<b>US</b>
<b>Share records electronically with clinicians outside your practice</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>45</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>12</b>
<b>Access records from outside the office</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>36</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
<b>Provide patients with easy access to their records</b>	<b>36</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>32</b>	<b>50</b>	<b>10</b>

Source: 2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.



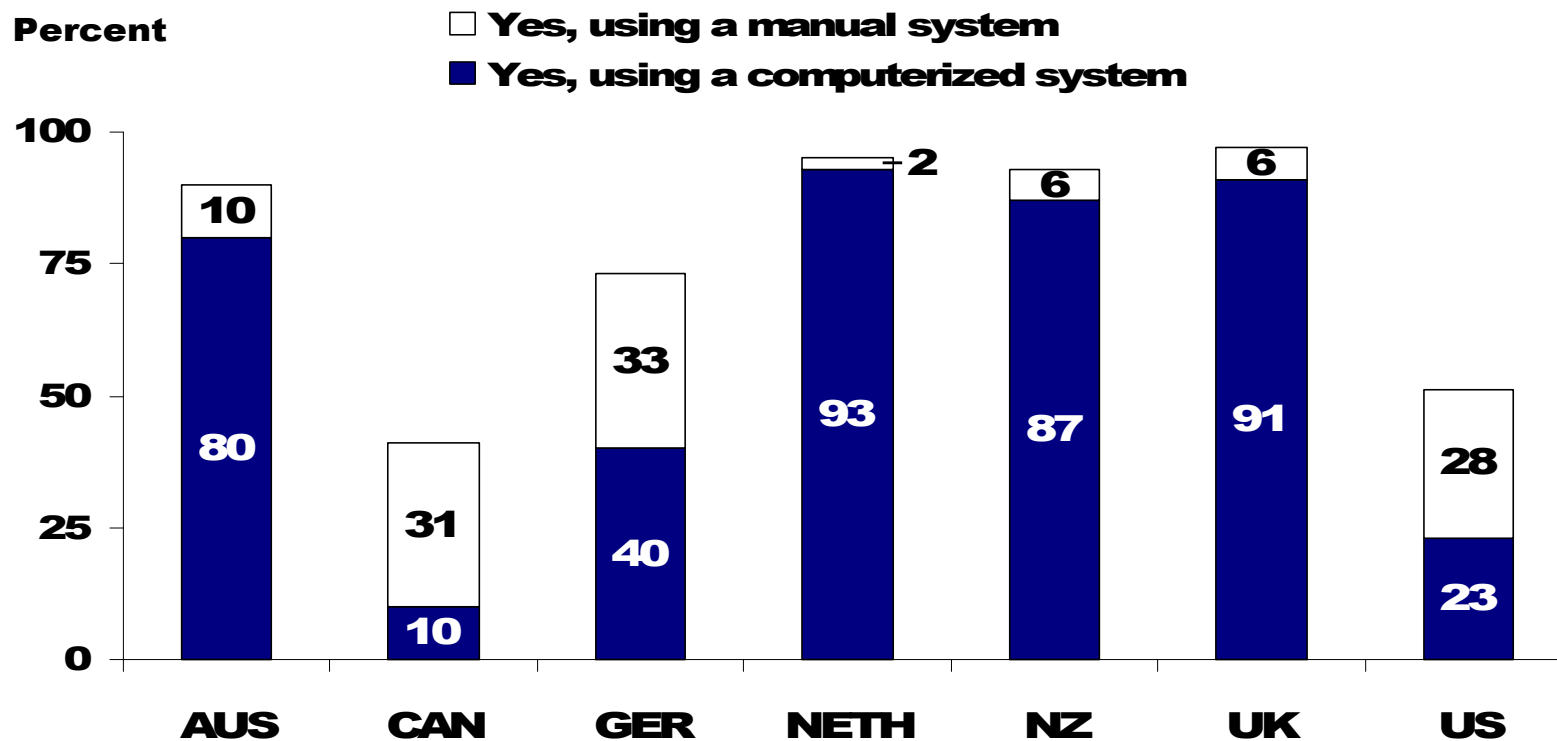
**Figure 11. Doctors' Reports of Care Coordination Problems**

<b>Percent saying their patients "often/sometimes" experienced:</b>	<b>AUS</b>	<b>CAN</b>	<b>GER</b>	<b>NETH</b>	<b>NZ</b>	<b>UK</b>	<b>US</b>
<b>Records or clinical information not available at time of appointment</b>	<b>28</b>	<b>42</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>28</b>	<b>36</b>	<b>40</b>
<b>Tests/procedures repeated because findings unavailable</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>27</b>	<b>16</b>
<b>Problems because care was not well coordinated across sites/providers</b>	<b>39</b>	<b>46</b>	<b>22</b>	<b>47</b>	<b>49</b>	<b>65</b>	<b>37</b>

Source: 2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.



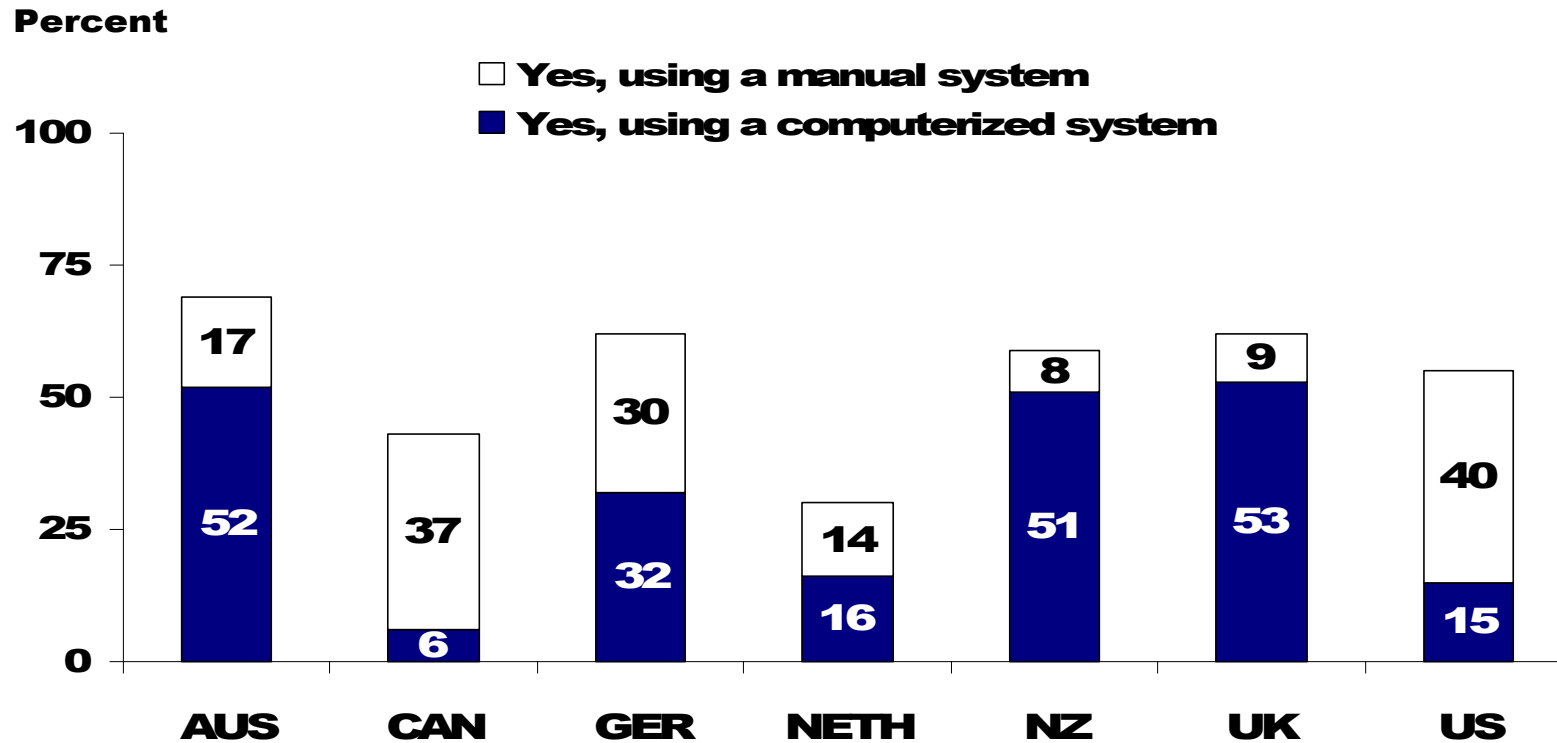
**Figure 4. Doctor Routinely Receives Alert About Potential Problem with Drug Dose/Interaction**



Source: 2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.



**Figure 5. Doctor Routinely Receives Alert to Provide Patients with Test Results**



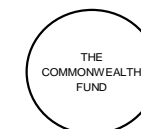
Source: 2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.



**Figure 11. Doctors' Reports of Care Coordination Problems**

<b>Percent saying their patients "often/sometimes" experienced:</b>	<b>AUS</b>	<b>CAN</b>	<b>GER</b>	<b>NETH</b>	<b>NZ</b>	<b>UK</b>	<b>US</b>
<b>Records or clinical information not available at time of appointment</b>	<b>28</b>	<b>42</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>28</b>	<b>36</b>	<b>40</b>
<b>Tests/procedures repeated because findings unavailable</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>27</b>	<b>16</b>
<b>Problems because care was not well coordinated across sites/providers</b>	<b>39</b>	<b>46</b>	<b>22</b>	<b>47</b>	<b>49</b>	<b>65</b>	<b>37</b>

Source: 2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.



**INVESTIR DANS L'INFRASTRUCTURE EN SANTÉ  
CLÉ POUR ASSURER LE DYNAMISME DU SYSTÈME DE SANTÉ**

**Mémoire présenté au  
Comité permanent des finances  
de la Chambre des communes**



**Canadian Healthcare Association  
Association canadienne des soins de santé**

**Août 2008**

## SOMMAIRE

L'Association canadienne des soins de santé (ACS) est la fédération des organisations provinciales et territoriales hospitalières et sanitaires de tout le Canada. Grâce à ses membres, l'ACS représente un vaste continuum de services portant notamment sur les soins de courte durée, les soins à domicile et les soins communautaires, les soins de longue durée, la santé publique, la santé mentale, les soins palliatifs, les services d'aide aux toxicomanes, les services d'aide aux enfants, aux jeunes et aux familles et les services de logement. Ces services sont offerts par l'entremise de régies régionales de la santé, de centres hospitaliers et d'autres établissements et organismes qui servent tous les Canadiens et qui sont régis par des administrateurs qui agissent dans l'intérêt public.

L'ACS est un chef de file en matière d'élaboration et de promotion de solutions de politique en santé qui correspondent aux besoins des Canadiens et elle vise la mise en place d'un système de santé public qui donne accès à tout un éventail de services de santé comparables à la grandeur du Canada.

### **Le mémoire présenté cette année au Comité des finances insiste sur l'urgence de renouveler l'infrastructure du système de santé du Canada.**

Quand il est question d'infrastructure en santé, on pense depuis toujours à « briques et mortier ». Toutefois, les temps ont changé et la notion d'infrastructure en santé doit maintenant inclure des équipements de diagnostic, des outils pour améliorer la sécurité des patients et des travailleurs et des technologies de l'information et des communications (y compris le dossier de santé électronique uniforme, le « DSÉ »). Les besoins sont réels en ces domaines et ensemble, ces éléments cruciaux contribueront à améliorer considérablement le système de santé.

De manière particulière, le budget fédéral doit allouer un financement garanti et permanent pour soutenir l'infrastructure en santé, ce qui comprend les trois éléments interreliés suivants :

- a) participation aux coûts en capital des infrastructures
- b) développement de solides systèmes d'information sur la santé
- c) création d'un nouveau fonds d'équipement médical et diagnostique pour assurer la sécurité des patients et des travailleurs

### **Recommandations de l'ACS :**

*L'ACS presse le gouvernement fédéral de créer **un programme national d'investissement en infrastructure immobilière dans le secteur de la santé**, en partenariat avec les provinces et territoires. En vertu d'un tel programme, les deux ordres de gouvernement se partageront les coûts du renouvellement plus que nécessaire des immobilisations dans tout le continuum de soins et stimuleront ainsi la croissance économique. Ce financement ne devrait pas être lié à des surplus budgétaires de fin d'année, mais devrait plutôt être un engagement permanent envers le financement de l'infrastructure en santé. Le programme d'investissement devrait promouvoir et encourager les modèles de prestation efficaces, conformément aux principes du renouvellement du système de santé.*

*L'ACS suggère également que les gouvernements continuent **d'explorer le potentiel des partenariats public-privé** comme mode de financement des équipements et des immobilisations dans le secteur de la santé. Toutefois, ces partenariats doivent s'inscrire comme complément au financement gouvernemental et ne doivent pas avoir pour effet d'éliminer ou de diminuer la responsabilité des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux d'assurer un leadership en matière de financement essentiel du système de santé.*

*L'ACS presse les gouvernements d'augmenter le financement et de collaborer avec les intervenants du système de santé en vue de coordonner le développement d'une solution pancanadienne qui relève les défis posés par la mise en œuvre de **technologies de l'information sur la santé** non seulement*

*au sein des établissements de soins de courte durée, mais aussi dans le domaine des soins à domicile et des soins primaires.*

*L'ACS presse le gouvernement fédéral de faire les investissements nécessaires en santé en allouant des fonds ciblés aux provinces et territoires pour l'acquisition et le fonctionnement de **l'équipement médical** relié à la sécurité des patients et des travailleurs et aux technologies de la santé.*

## NÉCESSITÉ DE SOUTENIR L'INFRASTRUCTURE EN SANTÉ

Quand il est question d'infrastructure en santé, on pense depuis toujours à « briques et mortier ». Toutefois, les temps ont changé et la notion d'infrastructure en santé doit maintenant inclure des équipements de diagnostic, des outils pour améliorer la sécurité des patients et des travailleurs et des technologies de l'information et des communications (y compris le dossier de santé électronique uniforme, le « DSÉ »). Les besoins sont réels en ces domaines et ensemble, ces éléments cruciaux contribueront à améliorer considérablement le système de santé.

De manière particulière, le budget fédéral doit allouer un financement garanti et permanent pour soutenir l'infrastructure en santé, ce qui comprend les trois éléments interreliés suivants :

- a) participation aux coûts en capital des infrastructures
- b) développement de solides systèmes d'information sur la santé
- c) création d'un nouveau fonds d'équipement médical et diagnostique pour assurer la sécurité des patients et des travailleurs

### A. Participation aux coûts en capital des infrastructures

#### Situation actuelle

Dans l'ensemble des provinces et territoires, l'infrastructure en santé est vieillissante et doit être renouvelée. Cela pose un problème sur les plans de la sécurité des patients, de l'engorgement et des retards accumulés. Certains de ces problèmes ont été décrits dans les médias nationaux. Les plus vieilles infrastructures en santé sont en partie responsables de l'épidémie de C. difficile. Cette bactérie a causé 2 000 décès au Québec en 2003 et depuis 2006, 264 décès lui sont attribuables en Ontario.

Un grand nombre de nos installations de soins de santé, surtout les hôpitaux, ont été construites entre 1948 et 1971, grâce à l'aide grandement nécessaire du gouvernement fédéral. Par l'entremise du Programme national de subventions en matière de santé, le gouvernement fédéral a fourni des fonds de contrepartie pour aider les gouvernements provinciaux à construire des hôpitaux. On estime que 90 % des hôpitaux du Canada ont été construits selon ce modèle de partage des coûts.

À la fin des années 1960, le gouvernement fédéral a commencé à réduire ses dépenses. À l'arrivée des années 1990, les compressions budgétaires marquées ont forcé les organisations de la santé à réduire radicalement leurs budgets. Elles étaient donc moins en mesure de maintenir et d'améliorer leurs équipements et leurs bâtiments. À la même époque, les modèles et les lieux des interventions ont évolué et les percées sans précédent dans la technologie médicale ont créé de nouveaux besoins encore plus grands. En outre, il a fallu réorganiser les services de santé et créer de nouveaux types de structures pour répondre à l'évolution des modes de prestation des soins. Pour combler l'écart toujours croissant entre les fonds disponibles et les besoins de modernisation, il fallait de toute urgence investir en immobilisations pour que les établissements de santé puissent répondre aux besoins de la population.

Le budget 2007<sup>1</sup> révèle que la dépense de tous les ordres de gouvernement en infrastructure publique, exprimée en proportion du produit intérieur brut, a diminué au cours des trois décennies suivant les années 1960. Tout au long des années 1970, 1980 et 1990, les responsabilités en matière d'immobilisations ont été transférées du gouvernement fédéral (qui est le plus en mesure de générer des revenus par le biais de la croissance économique) aux ordres de gouvernement dont les revenus reposent le moins sur la croissance. Beaucoup d'institutions ont alors dû se fier aux subventions privées, aux fondations et aux dons pour rénover de vieux bâtiments ou créer de nouveaux programmes. Les fonds fédéraux n'étaient pas disponibles à cette fin.

### **Lacunes en matière d'infrastructure en santé**

Selon la Fédération canadienne des municipalités, il y a actuellement une lacune à combler de 123 milliards de dollars<sup>2</sup> en matière d'infrastructures municipales. Deux secteurs ont été ciblés pour leurs besoins en investissements, à savoir les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. Certaines provinces ont pris des mesures pour faire face aux investissements nécessaires. L'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, ont engagé des sommes importantes pour la construction et l'agrandissement d'hôpitaux. Les médias font état du grand soutien de la population pour de telles décisions. Dans certains cas, il faudra construire de nouveaux établissements, mais dans d'autres cas, les travaux ne porteront que sur le remplacement d'un système de chauffage ou le réaménagement des espaces dévolus aux patients pour mieux prévenir la propagation des maladies infectieuses.<sup>3</sup>

Pour moderniser ou remplacer des installations désuètes, les provinces ont adopté de nouveaux modes de financement, comme les partenariats public-privé, souvent appelés les « 3P », ou d'autres modes de financement privé. Certains gouvernements ont emprunté cette voie pour remplacer des infrastructures vieillissantes sans s'endetter outre mesure pendant des années, et les dirigeants du système de santé ont souvent accueilli favorablement ces ententes, y voyant une façon de combler leurs besoins en infrastructure.

Toutefois, force est de constater une certaine iniquité dans ce modeste renouvellement de l'infrastructure. Certes, des partenariats public-privé ont été formés, mais l'accent a été mis sur l'infrastructure hospitalière sans porter une attention suffisante aux besoins criants d'un tel soutien financier dans tout le continuum de la santé. La situation est critique et s'étend bien au-delà des hôpitaux. Les centres de santé communautaire, les établissements de soins de longue durée, les résidences pour personnes âgées, les établissements de santé mentale et les services de soins à domicile ont aussi de grands besoins. La création de PPP Canada Inc. offrira une certaine aide, mais les provinces ne peuvent y recourir que pour des projets de plus de 50 millions de dollars. Or, beaucoup de projets d'infrastructure en santé ont une valeur bien inférieure, surtout dans les régions rurales.

### **Le rôle essentiel du gouvernement fédéral**

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont incapables de répondre pleinement aux besoins fondamentaux en équipement et en immobilisations du secteur de la santé. Le budget 2007 a déterminé que le Canada avait besoin d'une infrastructure moderne et de classe mondiale, et a alloué plus de 16 milliards de dollars sur sept ans à l'investissement en infrastructure. Toutefois, ce montant est consacré aux « réseaux routiers, aux transports en commun, aux ponts, aux réseaux d'aqueduc et d'égout et aux énergies vertes ».<sup>1</sup> *Le plan ne comportait pas de financement spécifique pour l'infrastructure matérielle en santé.* Dans plusieurs provinces, les communautés locales sont invitées à financer d'importants coûts d'infrastructure en santé par des dons privés et/ou des taxes municipales qui sont supérieurs à leur capacité de payer.

Pour répondre aux besoins essentiels, il est nécessaire que le gouvernement fédéral participe aux coûts en offrant un financement ciblé. Le programme « *Chantiers Canada* » annoncé en novembre 2007,<sup>4</sup> cible des projets de rénovation de ponts, de routes locales et de centres sportifs, mais ne fait aucune mention des installations de santé. Il est pourtant nécessaire de financer la reconstruction de l'infrastructure en santé et ce financement devrait être garanti et permanent pour permettre une planification à long terme.

- *L'ACS presse le gouvernement fédéral de créer un programme national d'investissement en infrastructure immobilière dans le secteur de la santé, en partenariat avec les provinces et territoires. En vertu d'un tel programme, les deux ordres de gouvernement se partageront les coûts du renouvellement plus que nécessaire des immobilisations dans*

*tout le continuum de soins et stimuleront ainsi la croissance économique. Ce financement ne devrait pas être lié à des surplus budgétaires de fin d'année, mais devrait plutôt être un engagement permanent envers le financement de l'infrastructure en santé. Le programme d'investissement devrait promouvoir et encourager les modèles de prestation efficaces, conformément aux principes du renouvellement du système de santé.*

- *L'ACS suggère également que les gouvernements continuent d'explorer le **potentiel des partenariats public-privé** comme mode de financement des équipements et des immobilisations dans le secteur de la santé. Toutefois, ces partenariats doivent s'inscrire comme complément au financement gouvernemental et ne doivent pas avoir pour effet d'éliminer ou de diminuer la responsabilité des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux d'assurer un leadership en matière de financement essentiel du système de santé.*

## **B. Développement de solides systèmes d'information sur la santé**

### **L'importance des technologies de l'information en santé**

La technologie a des incidences fondamentales sur tous les aspects de nos vies, y compris sur la prestation des services de santé. Une infrastructure de l'information en santé, à la grandeur du Canada, améliorera la qualité, l'accès et la prestation en temps opportun des services de santé offerts aux Canadiens et s'avère un élément déterminant pour progresser dans plusieurs des domaines prioritaires du renouvellement du système de santé, tels que déterminés par les premiers ministres. Le meilleur accès aux soins, les services de grande qualité, la sécurité des patients et l'efficacité et l'efficience du système de santé sont tous liés aux technologies de l'information et des communications et à leur interopérabilité à l'échelle pancanadienne – c'est-à-dire, à la capacité de transférer les renseignements concernant un patient d'une province et d'un territoire à l'autre et non pas seulement à l'intérieure d'une province ou d'un territoire donné.

### **Inforoute Santé du Canada**

Le mandat d'Inforoute Santé du Canada est de fournir un dossier de santé électronique (DSÉ), aussi appelé télédossier, pleinement interexploitable pour 50 % des Canadiens d'ici 2009, cependant cet objectif reste en deçà des besoins. Le Conseil canadien de la santé a demandé que 100 % de la population soit couverte d'ici 2015<sup>5</sup>, ce à quoi l'ACS souscrit pleinement. L'objectif doit être de couvrir la totalité de la population canadienne<sup>6</sup> et la totalité des milieux de soins (hôpitaux, établissements de soins de longue durée, bureaux de médecins, cliniques de santé) et d'y inclure le plus de renseignements possible. De plus, il faut accélérer le calendrier de mise en œuvre. Pour atteindre ces buts, il faudra certes consacrer des fonds importants, mais le défaut d'y parvenir en temps opportun coûtera encore plus cher.<sup>7</sup>

### **L'expérience de l'Australie**

L'Australie a réalisé des progrès remarquables en matière de technologie, grâce notamment à des mesures incitatives et à divers programmes gouvernementaux. À la fin des années 1990, le gouvernement australien a offert aux omnipraticiens des incitatifs financiers pour l'installation d'ordinateurs et de logiciels sur les médicaments d'ordonnance et la transmission de renseignements cliniques. La mesure a porté fruit et les omnipraticiens ont été nombreux à se convertir à l'informatique; le pourcentage de ceux qui utilisaient l'ordinateur est passé de 15 pour cent en 1997 à 70 pour cent en 2000.<sup>8</sup> En moins de dix ans, tous les omnipraticiens de l'Australie utilisaient les dossiers de santé électroniques. Selon les chercheurs, l'utilisation de l'informatique pour les ordonnances est une mesure qui, à elle seule, a permis d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins tout en réduisant les erreurs de médicaments.

### **La valeur des technologies de communications et d'information**

Les systèmes d'information qui fournissent une aide à la décision sont susceptibles d'améliorer les résultats chez les patients, d'augmenter l'efficacité au sein du système de santé et d'aider les praticiens de première ligne à faire le meilleur usage possible de leurs compétences. Un sondage sur la politique de santé internationale auprès des médecins de soins de santé primaires du Fonds du Commonwealth, réalisé en 2006 dans sept pays, a révélé que plusieurs pays ont amélioré leurs pratiques et adopté des systèmes d'information dans tout le réseau de la santé qui leur permettent de faire le suivi des patients dans les divers lieux de prestation, évitant ainsi le chevauchement des tâches et les erreurs de médication et améliorant la qualité des soins cliniques. Cependant :

- les médecins canadiens accusent du retard par rapport à leurs confrères d'autres pays en matière d'utilisation des TI;
- le taux d'utilisation des TI dans les soins primaires est bien inférieur à celui des principaux pays en ce qui a trait aux RMU;
- plus de 40 % des médecins canadiens n'ont aucun système, manuel ou informatisé, pour les alerter de problèmes potentiels liés à la prescription de médicaments;
- selon les médecins canadiens, il arrive parfois, même souvent, que les dossiers médicaux ne soient pas disponibles au moment du rendez-vous d'un patient, ce qui affecte la qualité des services rendus.

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter les tableaux ci-joints tirés de l'étude du Fonds du Commonwealth.

### **La coordination et le financement sont tous deux importants**

Pour instaurer un système d'information pancanadien sur la santé, établir des normes et des processus cohérents de collecte de données, déterminer des indicateurs de performance appropriés et comparables dans tout le vaste continuum de soins et améliorer la qualité des données, il faut renouveler les sources de financement à frais partagés des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et coordonner les efforts à l'échelle nationale.

Il faut également que des fonds soient disponibles pour assumer les coûts liés à l'installation de la nouvelle technologie, à l'amélioration des compétences des employés, à l'éducation du personnel pour former, maintenir, évaluer et mettre à niveau les systèmes d'information sur la santé.

Sans un système d'information sur la santé compatible à l'échelle pancanadienne, il sera impossible d'apporter bon nombre d'améliorations et de mesures rentables à notre système de santé. Au niveau du fournisseur de soins, un tel système permet de coordonner efficacement le traitement dans tout le continuum des soins. Au niveau du gestionnaire, il fournit les renseignements nécessaires pour modifier et améliorer la prestation et l'intégration des services de santé. Au niveau de l'orientation stratégique, il fournira les renseignements utiles aux décideurs qui désirent mesurer les progrès et les résultats réels et assurera la reddition de compte des dirigeants du système de santé.

- *L'ACS presse les gouvernements d'augmenter le financement et de collaborer avec les intervenants du système de santé en vue de coordonner le développement d'une solution pancanadienne qui relève les défis posés par la mise en œuvre de technologies de l'information sur la santé non seulement au sein des établissements de soins de courts durée, mais aussi dans le domaine des soins à domicile et des soins primaires.*

### C. Financement d'équipement médical et de technologie relative aux soins de santé

L'un des principaux défis à relever pour assurer l'efficacité et la réactivité du système de santé est l'accès en temps opportun à la technologie relative aux soins de santé, de même qu'aux professionnels chargés de faire fonctionner l'équipement et d'interpréter les résultats. Les diagnostics précoces et efficaces peuvent réduire les coûts globaux du système de santé.

Les initiatives de financement fédérales du début du millénaire ont favorisé le réinvestissement dans l'infrastructure (l'équipement) en santé. Les Accords sur la santé de 2003 et 2004 ont tous deux alloué des fonds pour de l'équipement médical et diagnostique. L'Accord de la santé de 2003 prévoyait 1,5 milliard de dollars sur trois ans pour soutenir l'acquisition et l'installation d'équipement et former le personnel spécialisé pour améliorer l'accès aux services et réduire les temps d'attente. Le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* de 2004 ajoutait 500 millions de dollars additionnels dans la première année, pour subventionner l'achat d'équipement médical.

Au cours de la dernière décennie, les appareils de diagnostic comme les unités de tomodensitométrie et les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont devenus de plus en plus nombreux dans la plupart des pays de l'OCDE.<sup>9</sup> Les investissements fédéraux des dernières années ont apaisé les inquiétudes relatives au financement de l'équipement médical pendant une brève période, en palliant la pénurie de tomodensitomètres et d'appareils d'IRM. Toutefois, les besoins sont constants en matière d'acquisition de nouveaux appareils de diagnostic et de divers autres équipements d'importance vitale pour la sécurité des patients et des travailleurs de la santé. Un lieu de travail sain et sécuritaire est un facteur déterminant pour le recrutement et le maintien en poste d'une main-d'œuvre stable.

Les membres de l'ACS ont indiqué qu'il fallait investir des fonds considérables pour acquérir la technologie relative aux soins de santé et l'équipement médical lié à la sécurité des patients et des travailleurs. C'est pourquoi, malgré le financement prévu dans ces Accords, l'écart engendré par les compressions antérieures n'a pas été comblé et nous nous laissons distancer par les besoins croissants pour les nouvelles technologies en matière de soins de santé.

- *L'ACS presse le gouvernement fédéral de faire les investissements nécessaires en santé en allouant des fonds ciblés aux provinces et territoires pour l'acquisition et le fonctionnement de l'équipement médical relié à la sécurité des patients et des travailleurs et aux technologies de la santé.*

#### NOTES EN FIN DE TEXTE

1. Honorable James M. Flaherty, C.P., député; *Viser un Canada plus fort, plus sécuritaire et meilleur*, Le discours du budget 2007, déposé à la Chambre des communes le 19 mars 2007.
2. Fédération canadienne des municipalités, *Attention : Danger — L'effondrement imminent de l'infrastructure municipale du Canada* (novembre 2007).
3. On estime que 220 000 personnes contractent des maladies nosocomiales chaque année au Canada et qu'au moins 8 000 patients en décèdent.
4. *Chantiers Canada* est un programme de financement d'infrastructures de 33 milliards de dollars qui comprend des programmes sur le financement de base de 17 milliards de dollars versés par l'entremise du Fonds de la taxe sur l'essence. Ce montant sera augmenté de 2 milliards de dollars par année à compter de 2010.

5. Le rapport du Conseil canadien de la santé, *Relancer la réforme* énonce ce qui suit : « Des changements se produisent, mais trop lentement. Grâce au financement et au savoir-faire d'Inforoute Santé du Canada, chaque province et territoire investit à son propre rythme. Mais nous sommes encore loin du but promis d'un système national de télédossiers de santé. De toute évidence, le Canada ne fait pas preuve de suffisamment de dynamisme pour réaliser le potentiel de la technologie de l'information. Certes, les investissements sont considérables, mais les avantages le sont aussi. »
  
6. Depuis octobre 2005, l'ACS, dans ses mémoires prébudgétaires, a pressé le gouvernement d'augmenter le financement pour un dossier électronique. Voici la recommandation qu'elle transmettait : « *Pour accroître l'efficacité et l'efficience de notre système de santé et instaurer un système de dossiers de santé électroniques pancanadien, l'ACS recommande le versement d'un montant additionnel de 6,2 milliards de dollars sur 5 ans à Inforoute Santé du Canada, lui permettant ainsi d'accélérer le développement et l'instauration d'un système de dossiers de santé électroniques, et d'en élargir la portée* ». ».
  
7. De récents rapports ont insisté sur l'importance des dossiers de santé électronique :
  - a. Matthew Morgan a souligné que le DSE est un outil fondamental pour assurer la sécurité des patients, ajoutant que le système de santé se détériorera sur le plan de la qualité et de la sécurité si sa structure est fondée sur le « papier ». À l'aide de données provenant d'une étude américaine et extrapolée selon la situation au Canada, il a estimé que si 75 % des omnipraticiens canadiens adoptaient la technologie dans leurs pratiques ambulatoires, il en résulterait des économies de 236 millions de dollars par année. Son rapport indique également que l'informatisation complète des dossiers des patients permettrait aux hôpitaux canadiens d'économiser 1,2 milliard de dollars par année.
  
  - b. Le rapport d'une conférence de juin 2006 parrainée par Inforoute Santé du Canada et le Conseil canadien de la santé sur le dossier de santé électronique fournit des chiffres sur le rendement du capital investi pour le dossier de santé entièrement électronique :
    - L'étude de Booz Allen Hamilton au Canada a estimé à environ 6 milliards de dollars par année les économies générées par le DSE, dont la mise en œuvre coûterait environ 1 milliard de dollars par année pendant 10 ans.
  
    - L'Ontario Telehealth Network a économisé 5,2 millions de dollars en frais de déplacement en 2005-2006 seulement, évitant des déplacements totalisant 20 millions de kilomètres.
  
    - À Edmonton, l'utilisation du téléphone et du télécopieur pour transmettre des résultats d'examen de laboratoire et d'autres renseignements a considérablement diminué avec l'utilisation croissante des portails informatisés.
  
8. Dans D. Keith McInnes, "General Practitioners' Use of Computers for Prescribing and Electronic Health Records: Results from a National Survey," *Medical Journal of Australia*, 17 juillet 2006.
  
9. Au Canada, le nombre d'IRM a également augmenté pour atteindre 5,5 appareils par million d'habitants en 2005, mais le Canada est toujours en deçà de la moyenne des pays de l'OCDE qui se situe à 9,8 appareils d'IRM par million d'habitants. Il en va de même pour le nombre de tomodensitomètres au Canada qui était de 11,2 par million d'habitants en 2005, alors que la moyenne dans les pays de l'OCDE était de 20,6.