

Cracks in the Foundation: The Precarious State of Canada's Primary Care Infrastructure

P RIMARY CARE IS WIDELY ACKNOWLEDGED BY POLITICIANS, PUNDITS, POLICY makers and healthcare providers to be the foundation of Canada's healthcare system. A recent Commonwealth Fund survey of primary care physicians in seven countries – Australia, Canada, Germany, New Zealand, the Netherlands, the United Kingdom and the United States – has vividly illustrated the sorry state of that foundation's underpinnings (Shoen et al. 2006). The survey examined information technology, clinical information systems, care coordination, use of teams, participation in quality initiatives and financial incentives.

Canadian primary care physicians' use of clinical information and office systems to support the provision of high-quality care lags well behind those of other countries. Only 8% of Canadian respondents have systems in place to perform seven or more of the 14 clinical information functions that were assessed – compared to 72–87% of physicians in Australia, New Zealand and the UK. Canadian physicians ranked lowest on 12 of the 14 functions. Only 23% use electronic medical records (vs. 79% or more of primary care physicians in Australia, the Netherlands, New Zealand and the UK). Only 8% provide patients with “easy access” to their medical records; 27% have electronic access to patients' test results; and 15% have electronic access to patients' hospital records. Ten per cent or fewer Canadian respondents have computerized systems that generate drug alerts, prompts to provide patients with test results or patient reminder notices for preventive or followup care. Roughly one-half find it very difficult or impossible to produce lists of patients by diagnosis or health risk, lists of patients who are due for tests or preventive care or lists of patients' current medications. Even among Canadian practices with electronic medical records (EMRs), their clinical information systems have less functionality than those of practices with EMRs in New Zealand, Australia and the UK.

The picture that emerges from the survey is almost equally grim with respect to mechanisms for coordinating care, caring for people with chronic health problems and

delivering team-based care. Canadian primary care physicians were the least likely to routinely provide written instructions to people with chronic diseases about how to manage their care at home (14%), and their practices were the least likely to routinely use non-physician clinicians to help manage patients with chronic diseases (25%) or to provide primary care services to patients (22%).

Compared to physicians in other countries – and to any reasonable performance target – Canadian primary care physicians' engagement in quality management falls short. In the last two years, fewer Canadian physicians participated in collaborative quality improvement efforts (48%) or training in quality improvement methods (44%) than physicians in the six other countries. They were also least likely to have data available on patients' clinical outcomes (24%) and patients' experiences with care (11%). Forty-five per cent of Canadian respondents had conducted a clinical audit of patient care in the past two years – compared to 76%, 82% and 96% of Australian, New Zealand and UK respondents, respectively. Only 27% of Canadian primary care physicians reported that their practice sets specific formal targets for clinical performance.

How did all this come about – or rather not come about? Relative to other countries and to levels that would have been desirable, Canada's investment in primary care infrastructure, including information management systems, quality management programs and interdisciplinary staffing, has been woefully inadequate. Although none of these supports guarantees the provision of appropriate, high-quality, patient-centred care, they can provide a powerful boost in that direction, especially in the areas of disease and injury prevention, early detection and chronic disease management.

Despite fairly general awareness among policy makers, health system managers and care providers of this reality, why has investment in primary care infrastructure been so paltry? While many other jurisdictions such as Australia, New Zealand, the UK and the Netherlands were making major investments in primary care infrastructure, provincial and territorial governments in Canada have largely left investment in infrastructure to the discretion of primary care physicians. Until recently and with few exceptions, primary care physicians in Canada have received payment for the provision of patient care (usually in the form of fees-for-service) with no funding specifically designated for staffing, clinical information systems or quality improvement activities. As a result, investments in infrastructure represent income forgone from the physician's perspective. In the absence of competition (most primary care physicians have more than enough work), there is little incentive for physicians to make these investments. Arguably, the provincial/territorial medical associations could have bargained for enhanced funding for primary care infrastructure in their negotiations with provincial and territorial governments. However, this has happened to only a modest extent, perhaps reflecting traditional specialist dominance in Canadian medical associations and primary care physicians' focus on closing the income gap between themselves and their specialist colleagues.

Not surprisingly, public pressure on government to respond to the infrastructure needs of primary care has been absent. Primitive clinical and quality management systems are hardly the stuff of newspaper and television headlines. When governments are strapped for cash (even if the revenue shortfall is self-inflicted as a result of tax cuts), only the squeakiest of wheels (read hospital and pharmaceuticals sectors) are greased. Governments and regional health authorities are undoubtedly deterred from responding to the need by the sheer magnitude of the investments required, particularly in information technology. However, it should be clear by now that information systems of the required complexity and interconnectivity will not emerge in an environment characterized by a host of IT firms developing systems (albeit often in conformity with provincially-defined minimum standards) tailored to the purchasing decisions of myriad physicians with little to spend, acting individually or in small groups.

Sophisticated information management systems that include decision support and support for patient self-management will not come cheaply. Group Health Cooperative in Seattle, Washington, a user-governed, not-for-profit HMO with over 500,000 members, recently invested US\$78 per plan member in the development and implementation of a core clinical information system “to promote patient-centered and planned care for healthier lifestyles, disease prevention, early detection of disease and optimal chronic disease management” (Reid 2006). Not allowing for economies (or diseconomies) of scale, this corresponds to an investment of roughly \$1.2 billion Canadian in Ontario or \$3 billion for all of Canada.

Perhaps the results of the Commonwealth survey, if they become widely known, will inspire (embarrass?) healthcare funders to address the sad reality that Canada’s primary care sector lacks the basic infrastructure needed to support the provision of appropriate and effective services. Unless they rise to the need, Canadian primary care will fail to achieve its potential for major health gains through improved preventive care and chronic disease management. Encouragingly, many provincial/territorial ministries of health and regional health authorities, animated by funding from the now expired federal Primary Healthcare Transition Fund, have taken some initial steps forward. For example, Ontario has funded and provided developmental assistance to 150 interdisciplinary Family Health Teams and has announced a quality management initiative to support the teams’ health promotion, disease prevention, chronic disease management, team building and quality improvement activities. Such efforts, while praiseworthy, are merely a beginning.

REFERENCES

Reid, R. 2006. *Transforming Care at Group Health: Putting Patients at the Heart* (presentation, Policy Rounds, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, Vancouver, April 3, 2006).

Schoen, C., R. Osborn, P. T. Huynh, M. Doty, J. Peugh and K. Zapert. 2006. "On the Front Lines of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries." *Health Affairs* 25: w55–w571 (published online November 2, 2006; 10.1377/hlthaff.25.w555).



BRIAN HUTCHISON, MD, MSC, FCFP
Editor-in-chief

Des fissures dans les fondations : L'état précaire de l'infrastructure des soins de santé primaires au Canada

LES POLITICIENS, LES GRANDS PONTES, LES DÉCIDEURS ET LES FOURNISSEURS de soins de santé conviendront aisément que les soins de santé primaires constituent le fondement du système de soins de santé canadien. Une récente étude menée par le Fonds du Commonwealth auprès de médecins de premiers recours dans sept pays – l'Australie, le Canada, l'Allemagne, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et les États-Unis – illustre de façon frappante l'état déplorable des piliers de ce fondement (Shoen *et al.* 2006). L'étude s'est penchée sur la technologie de l'information, les systèmes d'information clinique, la coordination des soins, l'utilisation d'équipes, la participation à des initiatives sur la qualité et des encouragements financiers.

Les médecins canadiens de premier recours tirent de l'arrière par rapport à leurs homologues des autres pays pour ce qui est d'utiliser des renseignements cliniques et des systèmes de bureautique pour appuyer la prestation de soins de haute qualité. Seulement 8 % des répondants canadiens disposent de systèmes pouvant exécuter au moins sept des 14 fonctions reliées aux renseignements cliniques qui ont été évaluées – comparativement à 72 à 87 % des médecins en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. Les médecins canadiens se sont classés au dernier rang pour 12 des 14 fonctions. Seulement 23 % d'entre eux utilisent des dossiers médicaux électroniques (comparativement à 79 % ou plus des médecins de premier recours en Australie, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande et au R.-U.). Seulement 8 % donnent aux patients un

« accès facile » à leurs dossiers médicaux; 27 % ont accès, par voie électronique, aux résultats des examens médicaux des patients et 15 % ont un accès électronique aux dossiers d'hospitalisation des patients. Dix pour cent ou moins des répondants canadiens disposent de systèmes informatisés qui produisent des alertes pharmaceutiques ou qui rappellent de fournir aux patients les résultats d'examens médicaux ou des avis de rappel pour des soins préventifs ou de suivi. Environ la moitié des répondants ont dit avoir trouvé difficile ou impossible de produire des listes de patients par diagnostic ou par risque pour la santé, des listes de patients qui doivent passer des examens médicaux ou recevoir des soins préventifs, ou encore des listes des médicaments que prennent les patients. Même dans les cabinets où on utilise des dossiers médicaux électroniques (DME), les systèmes d'information clinique ont moins de fonctions que ceux des cabinets utilisant des DME en Nouvelle-Zélande, en Australie et au R.-U.

Le tableau qui se dégage de l'étude est presque aussi sombre pour ce qui est des mécanismes permettant de coordonner les soins, de soigner les patients qui ont des problèmes de santé chroniques et de fournir des soins en équipe. Les médecins de premier recours étaient les moins susceptibles de fournir systématiquement aux personnes atteintes de maladies chroniques des instructions écrites sur la façon de gérer leurs soins à domicile (14 %), et leurs cabinets étaient les moins susceptibles d'avoir systématiquement recours à des cliniciens non-médecins pour les aider à gérer les patients souffrant de maladies chroniques (25 %) ou pour fournir des soins primaires aux patients (22 %).

Comparativement aux médecins d'autres pays – et à toute cible de rendement raisonnable – la participation des médecins canadiens de premier recours à la gestion de la qualité laisse à désirer. Au cours des deux dernières années, moins de médecins canadiens ont participé à des efforts de collaboration visant à améliorer la qualité (48 %) ou ont reçu une formation sur les méthodes d'amélioration de la qualité (44 %) comparativement aux médecins des six autres pays. Ils étaient également les moins susceptibles d'avoir des données disponibles sur les résultats cliniques des patients (24 %) et sur les expériences des patients en ce qui a trait aux soins (11 %). Quarante-cinq p. cent des répondants canadiens avaient effectué, au cours des deux dernières années, une vérification clinique des soins fournis aux patients – comparativement à 76 %, 82 % et 96 % des répondants australiens, néo-zélandais et britanniques respectivement. Seuls 27 % des médecins canadiens de premier recours disent que leur cabinet établit des cibles précises et officielles en matière de rendement clinique.

Comment tout cela est-il arrivé – ou plutôt n'est pas arrivé? Comparativement aux autres pays et aux niveaux qui auraient été souhaitables, les investissements dans l'infrastructure des soins primaires au Canada – y compris les systèmes de gestion de l'information, les programmes de gestion de la qualité et la dotation pluridisciplinaire – ont été nettement insuffisants. Bien qu'aucune de ces mesures ne garantisse la prestation de soins adéquats, de haute qualité et axés sur les patients, elles peuvent constituer

un grand pas dans cette direction, surtout dans les domaines de la prévention des maladies et des blessures, du dépistage précoce et de la gestion des maladies chroniques.

Considérant que cette réalité est largement connue des décideurs, des gestionnaires des systèmes de santé et des fournisseurs de soins, pourquoi les investissements dans l'infrastructure des soins primaires ont-ils été si dérisoires? Alors que de nombreux autres pays comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le R.-U. et les Pays-Bas consentaient des investissements majeurs dans l'infrastructure des soins primaires, les gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada ont, pour la plupart, laissé cette tâche à la discrétion des médecins de premier recours. Jusqu'à tout récemment et à peu d'exceptions près, les médecins de premier recours du Canada étaient rémunérés pour les soins qu'ils prodiguaient aux patients (habituellement sous forme de paiements à l'acte), sans avoir de financement spécialement désigné pour la dotation en personnel, la mise en place de systèmes d'information clinique ou des activités d'amélioration de la qualité. Les investissements dans l'infrastructure représentaient donc des revenus perdus pour les médecins. En l'absence de concurrence (la plupart des médecins de premier recours ont plus de travail qu'il n'en faut), les médecins sont peu incités à effectuer ces investissements. On pourrait soutenir que les associations médicales provinciales/territoriales auraient pu, dans le cadre de leurs négociations avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, chercher à obtenir un meilleur financement pour l'infrastructure des soins primaires. Mais cela ne s'est produit que dans une très faible mesure – une indication possible de la dominance traditionnelle des spécialistes dans les associations médicales canadiennes et du grand désir des médecins canadiens de premier recours de combler le fossé entre leurs revenus et ceux de leurs collègues spécialistes.

Il n'est pas surprenant que le public n'ait exercé aucune pression en vue d'amener le gouvernement à combler les besoins d'infrastructure des soins de santé primaires. De primitifs systèmes cliniques et de gestion de la qualité ne font pas exactement la manchette dans les journaux et à la télévision. Quand les gouvernements sont à court d'argent (même si ce manque à gagner résulte de baisses d'impôts qu'ils ont eux-mêmes décrétées), ce sont les roues les plus grinçantes (autrement dit, les secteurs hospitalier et pharmaceutique) qui obtiennent la graisse. Sans aucun doute, l'ampleur des investissements requis – surtout en matière de technologie de l'information – suffit, à elle seule, à dissuader les gouvernements et les régies régionales de la santé d'essayer de combler ce besoin. Toutefois, il devrait maintenant être clair que les systèmes d'information ayant le degré de perfectionnement et d'interconnectabilité requis ne verront pas le jour dans un environnement où une foule d'entreprises de TI mettent au point des systèmes (même si ces derniers sont souvent conformes aux normes minimales établies par la province) adaptés aux décisions d'achat d'une multitude de médecins qui ont peu d'argent à dépenser et qui agissent individuellement ou en petits groupes.

Des systèmes de gestion de l'information perfectionnés qui appuient le processus décisionnel et l'autogestion des patients ne sont pas donnés. Le *Group Health*

Cooperative à Seattle, Washington, une OSSI sans but lucratif, administrée par les utilisateurs et comptant plus de 500 000 membres, a récemment investi 78 \$US par participant au régime dans l'élaboration et la mise en place d'un système d'information clinique central visant à « promouvoir des soins planifiés et axés sur les patients, afin de favoriser des habitudes de vie plus saines, la prévention et le dépistage précoce des maladies, ainsi qu'une gestion optimale des maladies chroniques » (Reid 2006). Si l'on ne tient pas compte des économies (ou des déséconomies) d'échelle, cela correspond à un investissement d'environ 1,2 G\$ CA en Ontario ou 3 G\$ pour tout le Canada.

Peut-être que les résultats de l'enquête du Fonds du Commonwealth, s'ils viennent à être largement diffusés, encourageront (mettront dans l'embarras?) les bailleurs de fonds du domaine des soins de santé à se pencher sur cette triste réalité : le secteur des soins de santé primaires au Canada ne possède pas l'infrastructure de base nécessaire pour appuyer la prestation de services appropriés et efficaces. À moins qu'ils ne combent ce besoin, le secteur des soins de santé primaires canadien n'atteindra pas son plein potentiel et ne permettra pas de réaliser d'importants progrès en matière de santé grâce à des soins préventifs améliorés et une meilleure gestion des maladies chroniques. Il est encourageant de constater que plusieurs ministères provinciaux/territoriaux de la Santé et des régions régionales de la santé, stimulés par un financement du défunt Fonds fédéral pour l'adaptation des soins de santé primaires, ont déjà pris quelques mesures concrètes en ce sens. L'Ontario, par exemple, a financé et fourni une aide au développement à 150 équipes pluridisciplinaires œuvrant dans le domaine de l'hygiène familiale et a annoncé le lancement d'une initiative de gestion de la qualité visant à appuyer les activités de ces équipes dans les domaines de la promotion de la santé, la prévention des maladies, la gestion des maladies chroniques, la création d'équipes et l'amélioration de la qualité. De tels efforts, bien que louables, ne sont qu'un simple début.

RÉFÉRENCES

Reid, R. 2006. « Transforming Care at Group Health: Putting Patients at the Heart » (présentation faite le 3 avril 2006).

Schoen, C., R. Osborn, P. T. Huynh, M. Doty, J. Peugh et K. Zapert. 2006. « On the Front Lines of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries. » *Health Affairs* 25 : w55-w571 (publié en ligne le 2 novembre 2006); 10.1377/hlthaff.25.w555.



BRIAN HUTCHISON, MD, MSC, FCFP

Rédacteur en chef