SENATE SÉNAT

CANADA

First Session
Forty-second Parliament, 2015-16

Première session de la
quarante-deuxième législature, 2015-2016

Proceedings of the Standing Senate Committee on

NATIONAL FINANCE

Chair:
The Honourable LARRY SMITH

Wednesday, December 7, 2016

Issue No. 22

Fourth (final) meeting:

Subject matter of all of Bill C-29, A second Act to implement certain provisions of the budget tabled in Parliament on March 22, 2016 and other measures

INCLUDING:
THE TENTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Budget Report on Infrastructure Study)

WITNESSES:
(*See back cover*)

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

FINANCES NATIONALES

Président :
L'honorable LARRY SMITH

Le mercredi 7 décembre 2016

Fascicule nº 22

Quatrième (dernière) réunion :

Teneur complète du projet de loi C-29, Loi nº 2 portant exécution de certaines dispositions du budget déposé au Parlement le 22 mars 2016 et mettant en œuvre d'autres mesures

Y COMPRIS :
LE DIXIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Rapport de budget sur l'étude spéciale des infrastructures)

TÉMOINS :
(*Voir à l'endos*)

STANDING SENATE COMMITTEE ON NATIONAL FINANCE

The Honourable Larry Smith, *Chair*

The Honourable Anne C. Cools, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Andreychuk	* Harder, P.C.
Ataullahjan	(or Bellemare)
Baker, P.C.	Marshall
* Carignan, P.C.	Mitchell
(or Martin)	Mockler
Cowan	Neufeld
Eaton	Pratte

*Ex officio members

(Quorum 4)

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES FINANCES NATIONALES

Président : L'honorable Larry Smith

Vice-présidente : L'honorable Anne C. Cools

et

Les honorables sénateurs :

Andreychuk	* Harder, C.P.
Ataullahjan	(ou Bellemare)
Baker, C.P.	Marshall
* Carignan, C.P.	Mitchell
(ou Martin)	Mockler
Cowan	Neufeld
Eaton	Pratte

* Membres d'office

(Quorum 4)

Published by the Senate of Canada
Available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Publié par le Sénat du Canada

Disponible sur internet : http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, December 7, 2016
(57)

[*Translation*]

The Standing Senate Committee on National Finance met this day at 6:48 p.m., in room 9, Victoria Building, the chair, the Honourable Larry Smith, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Andreychuk, Ataullahjan, Cools, Marshall, Mitchell, Mockler, Neufeld, Pratte and Smith (9).

In attendance: Alex Smith and Sylvain Fleury, Analysts, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 22, 2016, the committee continued its consideration of the subject matter of all of Bill C-29, A second Act to implement certain provisions of the budget tabled in Parliament on March 22, 2016 and other measures. *(For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 20.)*

WITNESSES:

Canadian Medical Association:

Dr. Laurent Marcoux, President-elect;

John Feely, Vice President, Member Relevance.

Ontario Association of Radiologists:

Dr. Mark Prieditis, President;

Ray Foley, Executive Director.

University Health Network:

Dr. Barry Rubin, Medical Director, Peter Munk Cardiac Centre.

University of Ottawa Heart Institute:

Dr. Richard Davies, Professor, Division of Cardiology.

As an individual:

Kim G C Moody, Director, Canadian Tax Advisory, Moodys Gartner Tax Law LLP.

Dr. Marcoux, Mr. Feely, Dr. Prieditis, Dr. Rubin and Dr. Davies each made a statement and, with Mr. Foley, answered questions.

At 8:12 p.m., the committee suspended.

At 8:19 p.m., the committee resumed.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 7 décembre 2016
(57)

[*Français*]

Le Comité sénatorial permanent des finances nationales se réunit aujourd'hui, à 18 h 48, dans la pièce 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Larry Smith (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Andreychuk, Ataullahjan, Cools, Marshall, Mitchell, Mockler, Neufeld, Pratte et Smith (9).

Également présents : Alex Smith et Sylvain Fleury, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 22 novembre 2016, le comité poursuit son examen de la teneur complète du projet de loi C-29, Loi n^{o} 2 portant exécution de certaines dispositions du budget déposé au Parlement le 22 mars 2016 et mettant en œuvre d'autres mesures. *(Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n^{o} 20 des délibérations du comité.)*

TÉMOINS :

Association médicale canadienne :

Dr Laurent Marcoux, président élu;

John Feely, vice-président, Pertinence pour les membres.

Ontario Association of Radiologists :

Dr Mark Prieditis, président;

Ray Foley, directeur exécutif.

University Health Network :

Dr Barry Rubin, directeur médical, Centre de cardiologie Peter Munk.

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa :

Dr Richard Davies, professeur, Division de cardiologie.

À titre personnel :

Kim G C Moody, directeur, Canadian Tax Advisory, Moodys Gartner Tax Law LLP.

Le Dr Marcoux, M. Feely, le Dr Prieditis, le Dr Rubin et le Dr Davies font chacun une déclaration et, avec M. Foley, répondent aux questions.

À 20 h 12, la séance est suspendue.

À 20 h 19, la séance reprend.

Mr. Moody made a statement and answered questions.

At 8:49 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

M. Moody fait une déclaration et répond aux questions.

À 20 h 49, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Gaëtane Lemay

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Thursday, December 8, 2016

The Standing Senate Committee on National Finance has the honour to present its

TENTH REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Tuesday, February 23, 2016, to study the federal government's multi-billion dollar infrastructure funding program, respectfully requests funds for the fiscal year ending March 31, 2017, and requests, for the purpose of such study, that it be empowered to engage services of such counsel, technical, clerical and other personnel as may be necessary.

Pursuant to Chapter 3:06, section 2(1)(c) of the *Senate Administrative Rules*, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

RAPPORT DU COMITÉ

Le jeudi 8 décembre 2016

Le Comité sénatorial permanent des finances nationales a l'honneur de présenter son

DIXIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le mardi 23 février 2016 à étudier le programme de plusieurs milliards de dollars du gouvernement fédéral pour le financement des infrastructures, demande respectueusement des fonds pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2017, et demande qu'il soit, aux fins de ses travaux, autorisé à embaucher tout conseiller juridique et personnel technique, de bureau ou autre dont il pourrait avoir besoin.

Conformément au chapitre 3 :06, article 2(1)c) du *Règlement administratif du Sénat*, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration ainsi que le rapport s'y rapportant, sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis,

Le président,

LARRY SMITH

Chair

Thursday, December 8, 2016

The Standing Senate Committee on National Finance has the honour to present its

TENTH REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Tuesday, February 23, 2016, to study the federal government's multi-billion dollar infrastructure funding program, respectfully requests funds for the fiscal year ending March 31, 2017, and requests, for the purpose of such study, that it be empowered to engage services of such counsel, technical, clerical and other personnel as may be necessary.

Pursuant to Chapter 3:06, section 2(1)(c) of the *Senate Administrative Rules*, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

Le jeudi 8 décembre 2016

Le Comité sénatorial permanent des finances nationales a l'honneur de présenter son

DIXIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le mardi 23 février 2016 à étudier le programme de plusieurs milliards de dollars du gouvernement fédéral pour le financement des infrastructures, demande respectueusement des fonds pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2017, et demande qu'il soit, aux fins de ses travaux, autorisé à embaucher tout conseiller juridique et personnel technique, de bureau ou autre dont il pourrait avoir besoin.

Conformément au chapitre 3:06, article 2(1)c) du *Règlement administratif du Sénat*, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration ainsi que le rapport s'y rapportant, sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis,

Le président,

LARRY SMITH

Chair

STANDING SENATE COMMITTEE ON NATIONAL FINANCE

Study on the federal government infrastructure funding program

APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2017

Extract from the *Journals of the Senate* of Tuesday, February 23, 2016:

The Honourable Senator Smith (*Saurel*) moved, seconded by the Honourable Senator Manning:

That the Standing Senate Committee on National Finance be authorized to examine and report on the design and delivery of the federal government's multi-billion dollar infrastructure funding program;

That, in conducting such a study, the committee take particular note of:

- how infrastructure projects are funded;
- the criteria that applicants (provinces, territories, municipalities, Aboriginal governments, organizations, etc.) need to meet to be eligible for funding;
- the type of infrastructure projects that receive funding;
- how to ensure project funding is timely, efficient and economical;
- the way the money is distributed among large and small communities, actually used and, if need be, monitored;
- should conditions be applied to any project approval, how these conditions are tracked and satisfied;
- lessons learned from previous Canadian infrastructure programs and in other jurisdictions; and
- other related matters.

That the committee submit its final report to the Senate no later than December 31, 2016, and retain all powers necessary to publicize its findings for 180 days after tabling of the final report.

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

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES FINANCES NATIONALES

Étude du programme du gouvernement fédéral pour le financement des infrastructures

DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2017

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 23 février 2016 :

L'honorable sénateur Smith (*Saurel*) propose, appuyé par l'honorable sénateur Manning,

Que le Comité sénatorial permanent des finances nationales soit autorisé à étudier, en vue d'en faire rapport, la conception et l'application du programme de plusieurs milliards de dollars du gouvernement fédéral pour le financement des infrastructures;

Que, lorsqu'il effectuera cette étude, le comité soit particulièrement attentif :

- à la façon dont les projets d'infrastructure sont financés;
- aux critères que les demandeurs (provinces, territoires, municipalités, gouvernements autochtones, organismes, etc.) doivent respecter pour être admissibles au financement;
- aux types de projets d'infrastructure qui obtiennent un financement;
- aux façons de s'assurer que le financement est efficient, économique et accordé en temps opportun;
- à la façon dont les fonds sont distribués, parmi les grandes et petites collectivités, utilisés et, au besoin, contrôlés;
- au suivi et au respect des conditions fixées, lorsque l'approbation d'un projet est assujettie à des conditions;
- aux leçons tirées de précédents programmes d'infrastructures canadiens et dans d'autres juridictions;
- aux questions connexes.

Que le comité présente son rapport final au Sénat au plus tard le 31 décembre 2016, et conserve tous les pouvoirs nécessaires pour rendre publiques ses constatations pendant 180 jours suivant le dépôt du rapport final.

Après débat,
La motion, mise aux voix, est adoptée.

Extract from the *Journals of the Senate*, Thursday, November 17, 2016:

The Honourable Senator Smith moved, seconded by the Honourable Senator Martin:

That, notwithstanding the order of the Senate adopted on Tuesday, February 23, 2016, the date for the final report of the Standing Senate Committee on National Finance in relation to its study on the design and delivery of the federal government's multi-billion dollar infrastructure program be extended from December 31, 2016 to June 30, 2018.

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

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 17 novembre 2016 :

L'honorable sénateur Smith propose, appuyé par l'honorable sénatrice Martin,

Que, nonobstant l'ordre de renvoi du Sénat adopté le mardi 23 février 2016, la date du rapport final du Comité sénatorial permanent des finances nationales concernant son étude sur la conception et l'application du programme de plusieurs milliards de dollars du gouvernement fédéral pour le financement des infrastructures soit reportée du 31 décembre 2016 au 30 juin 2018.

Après débat,
La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Charles Robert

Clerk of the Senat

SUMMARY OF BUDGET

General Expenses	$	18,000
TOTAL	**$**	18,000

The above budget was approved by the Standing Senate Committee on National Finance on Tuesday, November 29, 2016.

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is considered.

SOMMAIRE DU BUDGET

Dépenses générales	18 000	$
TOTAL	**18 000**	$

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité sénatorial permanent des finances nationales le mardi 29 novembre 2016.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

Date

Président du Comité sénatorial permanent des finances nationales
LARRY SMITH
Chair, Standing Senate Committee on National Finance

Date

Président du Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration
LEO HOUSAKOS
Chair, Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration

STANDING SENATE COMMITTEE ON NATIONAL FINANCE

Study on the federal government infrastructure funding program

EXPLANATION OF BUDGET ITEMS APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2017

GENERAL EXPENSES

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

CONSULTANTS

1. Communications consultant - graphic design services (0303)	3,500		
2. Consultant services - Sole sourcing - Steve Saunders - (0431) *(40 x $350/day)*	14,000		
Sub-total		$17,500	

ALL OTHER EXPENDITURES

PRINTING

1. Printing (0321)	500		
Sub-total		$500	
Total of General Expenses			**$18,000**

The Senate Administration has reviewed this budget application.

Date — Blair Armitage, Principal Clerk, Committees Directorate

Date — Nathalie Charpentier, Comptroller, Finance and Procurement Directorate

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES FINANCES NATIONALES

Étude du programme du gouvernement fédéral pour le financement des infrastructures

EXPLICATION DES ITEMS BUDGÉTAIRES DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2017

DÉPENSES GÉNÉRALES

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

CONSULTANTS

1.	Consultant en communication - graphisme (0303)	3 500		
2.	Services de consultation - fournisseur unique Steve Saunders - (0431) *(40 x 350 $/jour)*	14 000		
Sous-total			17 500 $	

AUTRES DÉPENSES

IMPRESSION

1.	Impressions (0321)	500		
Sous-total			500 $	
Total des dépenses générales				**18 000 $**

L'administration du Sénat a examiné la présente demande d'autorisation budgétaire.

Date — Blair Armitage, greffier principal,
Direction des comités

Date — Nathalie Charpentier, contrôleur,
Direction des finances et de l'approvisionnement

APPENDIX (B) TO THE REPORT

Thursday, December 8, 2016

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Standing Senate Committee on National Finance for the proposed expenditures of the said committee for the fiscal year ending March 31, 2017, for the purpose of its special study on the federal government's multi-billion dollar infrastructure funding program, as authorized by the Senate on Tuesday, February 23, 2016. The approved budget is as follows:

General Expenses	$	18,000
TOTAL	**$**	**18,000**

(includes funds for sole source for professional services)

Respectfully submitted,

ANNEXE (B) AU RAPPORT

Le jeudi 8 décembre 2016

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget qui lui a été présenté par le Comité sénatorial permanent des finances nationales, concernant les dépenses projetées dudit comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2017, aux fins de leur étude spéciale sur le programme de plusieurs milliards de dollars du gouvernement fédéral pour le financement des infrastructures, tel qu'autorisé par le Sénat le mardi 23 février 2016. Le budget approuvé se lit comme suit:

Dépenses Générales	18 000	$
TOTAL	**18 000**	$

(y compris des fonds pour un fournisseur unique pour des services professionnels)

Respectueusement soumis,

Le président,

LEO HOUSAKOS

Chair

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, December 7, 2016

The Standing Senate Committee on National Finance met this day at 6:48 p.m. to give consideration to the subject matter of all of Bill C-29, A second Act to implement certain provisions of the budget tabled in Parliament on March 22, 2016 and other measures.

Senator Larry W. Smith (*Chair*) in the chair.

The Chair: Welcome to the Standing Senate Committee on National Finance, colleagues and members of the viewing public. The mandate of this committee is to examine matters relating to federal estimates generally, as well as government finance.

My name is Larry Smith, senator from Quebec, and I chair the committee. Let me briefly introduce the other members of the committee.

To my left, Senator Grant Mitchell from Alberta; and to his left, from Montreal, Senator André Pratte. To my right, from northern B.C., Senator Richard Neufeld; from Saskatchewan, Senator Raynell Andreychuk; and to her right — we call her "The Hammer" — the former Auditor General of the "The Rock," the Province of Newfoundland, Senator Beth Marshall.

Today we continue our consideration of the subject matter of Bill C-29, A second Act to implement certain provisions of the budget tabled in Parliament on March 22, 2016 and other measures.

[*Translation*]

This evening, as part of our study of Bill C-29, we have brought together representatives from the medical world.

[*English*]

During the first hour of our meeting, we have a panel of medical organizations.

[*Translation*]

Joining us from the Canadian Medical Association is Dr. Laurent Marcoux, President-elect.

[*English*]

We also have John Feely, Vice President, Member Relevance. John, welcome.

From the Ontario Association of Radiologists, two representatives, Dr. Mark Prieditis, President; and Ray Foley, Executive Director. Welcome.

From the University Health Network, we welcome Dr. Barry Rubin, Medical Director, Peter Munk Cardiac Centre, a heartwarming place to work.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 7 décembre 2016

Le Comité sénatorial permanent des finances nationales se réunit aujourd'hui, à 18 h 48, pour étudier le projet de loi C-29, Loi n^{o} 2 portant exécution de certaines dispositions du budget déposé au Parlement le 2 mars 2016 et mettant en œuvre d'autres mesures.

Le sénateur Larry W. Smith (*président*) occupe le fauteuil.

Le président : Bienvenue au Comité sénatorial permanent des finances nationales, distingués collègues et téléspectateurs. Notre mandat consiste à examiner les questions liées aux prévisions budgétaires fédérales en général ainsi qu'aux finances du gouvernement.

Je m'appelle Larry Smith, sénateur du Québec, et je préside le comité. Permettez-moi de vous présenter rapidement les autres membres du comité.

À ma gauche, le sénateur Grant Mitchell, de l'Alberta; et à sa gauche, de Montréal, le sénateur André Pratte. À ma droite, du Nord de la Colombie-Britannique, le sénateur Richard Neufeld; de la Saskatchewan, la sénatrice Raynell Andreychuk; et à sa droite — nous l'appelons « le marteau » — l'ancienne vérificatrice générale du « Rocher », la province de Terre-Neuve, la sénatrice Beth Marshall.

Aujourd'hui, nous poursuivons notre étude du projet de loi C-29, Loi n^{o} 2 portant exécution de certaines dispositions du budget déposé au Parlement le 22 mars 2016 et mettant en œuvre d'autres mesures.

[*Français*]

Ce soir, dans le cadre de notre étude du projet de loi C-29, nous avons réuni un groupe de représentants du monde médical.

[*Traduction*]

Au cours de la première heure de notre réunion, nous accueillons des experts venant d'organismes médicaux.

[*Français*]

Nous recevons, de l'Association médicale canadienne, le Dr Laurent Marcoux, président élu.

[*Traduction*]

Nous accueillons également John Feely, vice-président, Pertinence pour les membres. John, bienvenue.

De l'Ontario Association of Radiologists, deux représentants, le Dr Mark Prieditis, président, et Ray Foley, directeur exécutif. Bienvenue.

Du Réseau universitaire de santé, nous accueillons le Dr Barry Rubin, directeur médical du Centre de cardiologie Peter Munk, un endroit où il fait chaud au cœur de travailler.

Finally, from the University of Ottawa Heart Institute, we have Dr. Richard Davies, Professor, Division of Cardiology. Welcome, doctor.

We thank you all for being here with us. Each organization has five minutes. We would ask you to make sure you contain your comments to five minutes to give us a chance to ask you questions after.

Are we going to start left to right?

[*Translation*]

Dr. Marcoux, would you like to start?

Dr. Laurent Marcoux, President-elect, Canadian Medical Association: If you don't mind, I will give my presentation in French.

I'm Dr. Laurent Marcoux, the Canadian Medical Association's President-elect and a family physician based in Quebec.

I'm joined today by John Feeley, as you so well introduced him, the CMA's Vice President of Member Relevance. John will deliver part of our opening statement.

Let me first thank the members of the committee for inviting the CMA to appear before you as part of your study of Bill C-29.

The 2016 federal budget included a tax change described as a "tax integrity measure" that inadvertently caught physicians practicing in partnership models. We are alarmed that the federal government appears to be disregarding the concerns being advanced by physicians. As such, we're appearing before this committee today with the hope that responsible action will be taken.

The Department of Finance Canada is vastly underestimating the impacts to group medical structures and in doing so they are underestimating the risks to health care. We're here today to clarify that the risks are real. If this proposal applies to group medical structures, there will be a negative impact to medical research, physician training and the delivery of specialty care.

These group structures exist to deliver important elements of our health care system that are otherwise unfunded or underfunded such as medical research and physician training. This is done by allowing physicians to pool and reallocate their revenue in a manner supporting their colleagues who deliver services that are funded by the federal government, or not.

Finalement, de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, nous accueillons le Dr Richard Davies, professeur, Division de cardiologie. Bienvenue, docteur.

Nous vous remercions tous de vous être déplacés. Chaque organisme a cinq minutes. Nous vous demandons de vous assurer de limiter vos commentaires à cinq minutes afin de nous donner l'occasion de poser des questions par la suite.

Allons-nous procéder de gauche à droite?

[*Français*]

Docteur Marcoux, voulez-vous commencer?

Dr Laurent Marcoux, président élu, Association médicale canadienne : Avec votre permission, je ferai ma présentation en français.

Je suis le Dr Laurent Marcoux, président désigné de l'Association médicale canadienne, et j'exerce la médecine de famille au Québec.

Je suis accompagné aujourd'hui de M. John Feely, comme vous l'avez bien présenté, vice-président, Pertinence pour les membres, à l'AMC. M. Feely fera une partie de notre déclaration d'ouverture.

J'aimerais commencer par remercier les membres du comité d'avoir invité l'AMC à venir témoigner dans le cadre de son étude du projet de loi C-29.

Le budget fédéral de 2016 comportait une modification au régime d'imposition qualifiée de « mesure d'intégrité fiscale », qui s'est trouvée, par inadvertance, à inclure les médecins qui exercent en vertu de modèles de partenariat. Or, le gouvernement fédéral semble faire la sourde oreille aux préoccupations exprimées par les médecins, ce qui nous inquiète énormément. Nous nous présentons donc devant vous en espérant qu'il en résultera une intervention responsable.

Le ministère des Finances du Canada sous-estime énormément les répercussions pour les structures de médecine de groupe et, ce faisant, il sous-estime aussi les risques pour les soins de santé offerts à la population. Nous sommes venus ici aujourd'hui faire valoir que les risques sont réels. Si cette proposition est appliquée aux structures de médecine de groupe, elle aura des incidences négatives sur plusieurs aspects, y compris la recherche en médecine, la formation des médecins et la prestation des soins spécialisés. Nous vous expliquerons ce fait dans quelques instants et nous vous présenterons nos arguments.

Ces structures de groupe existent depuis longtemps et sont là pour soutenir des éléments importants de notre système de santé, comme la recherche médicale et la formation des médecins, qui, autrement, ne seraient pas financées du tout ou seraient sous-financées et ne recevraient qu'un financement insuffisant. En effet, les groupes permettent aux médecins de mettre en commun

This team-based care is essential for educating and training medical students and residents in teaching hospitals, and for conducting medical research.

I will now turn to Mr. Feely who will provide more technical information for your consideration.

[*English*]

John Feely, Vice President, Member Relevance, Canadian Medical Association: Unlike other professions, group medical structures have not been formed for taxation or commercial purposes. They have been formed to provide a public good. Also unlike other professions, physician compensation is set up by negotiations with provinces and is based on the existing tax framework.

Maintaining the current framework for the small business deduction is critical to the continued viability of these structures, as this was the premise under which they were established. Changing the eligibility to the small business deduction will have a significantly larger implication than simply the 4.5 per cent difference in the small business versus general rate at the federal level, as argued by the department.

Physicians in the structures will face a combined tax rate increase that could be as high as 17.5 per cent, depending on the province. As a result, the federal tax change would establish a strong disincentive to practise within these arrangements.

To better understand the impacts, the CMA worked closely with MD Financial Management to develop real financial scenarios based on real financial information from two incorporated physicians and group medical structures. MD Financial Management is a subsidiary of the CMA, providing financial management services to Canada's physicians.

These real financial calculations revealed annual net reductions of funds in the tens of thousands of dollars. This analysis was confirmed by an independent assessment by Deloitte.

Since the release of the budget, the CMA has received an unprecedented level of correspondence from physicians expressing their grave concerns with this federal proposal. To date, we've been copied on more than 2,000 submissions to Finance Canada, the finance minister and MPs. In comparison, when we informed our members of the increase to the top personal taxation rate, we

et de redistribuer leurs revenus de façon à appuyer leurs collègues qui s'occupent de la prestation des services, qu'ils soient ou non financés par le gouvernement fédéral.

Ces soins en équipe jouent un rôle essentiel dans l'éducation et la formation des étudiants en médecine et des médecins résidents dans les hôpitaux d'enseignement, ainsi que dans le domaine de la recherche médicale.

Je vais maintenant céder la parole à M. Feely, qui vous présentera les aspects plus techniques de ce dossier.

[*Traduction*]

John Feely, vice-président, Pertinence pour les membres, Association médicale canadienne : Contrairement à d'autres professions, les structures de médecine de groupe n'ont pas été créées pour des raisons fiscales ou commerciales. Elles ont été formées pour fournir un bien public. Contrairement aussi à d'autres professions, la rémunération des médecins est établie à la suite de négociations avec les provinces et elle repose sur le cadre fiscal en vigueur.

Il est essentiel de maintenir le cadre actuel de la déduction accordée aux petites entreprises afin de préserver la viabilité de ces structures, car leur création repose sur ces assises. La modification de l'admissibilité à la déduction accordée aux petites entreprises aura une incidence fiscale beaucoup plus importante que la simple différence de 4,5 p. 100 entre le taux d'imposition des petites entreprises et le taux général établi à l'échelon fédéral, comme l'affirme le ministère.

De fait, les médecins qui exercent au sein de structures de groupe feront face à une augmentation du taux d'imposition combiné qui pourrait atteindre jusqu'à 17,5 p. 100, selon la province. Il s'ensuit que ce changement du régime fiscal fédéral dissuaderait énormément la pratique au sein de telles structures.

Pour mieux comprendre les répercussions de la mesure proposée, l'AMC a collaboré de près avec Gestion financière MD pour créer des scénarios financiers concrets fondés sur des renseignements réels provenant de deux médecins dont la pratique est constituée en société au sein de structures de médecine de groupe. Gestion financière MD est une filiale de l'AMC qui fournit des services de gestion financière aux médecins du Canada.

Ces calculs financiers réels ont montré que les montants annuels nets seraient amputés de dizaines de milliers de dollars. Cette analyse a été confirmée par une évaluation indépendante réalisée par Deloitte.

Depuis le dévoilement du budget, l'AMC a reçu un volume sans précédent de messages de médecins qui expriment leurs vives préoccupations face à cette proposition fédérale. Jusqu'a maintenant, nous avons reçu copie de près de 2 000 communications transmises au ministère des Finances du Canada, au ministre des Finances et aux députés. En guise

did not receive one message — not one message.

While some are arguing that this tax proposal will cause physicians to flee to the U.S., our research suggests that it is far more likely that they will simply leave the group structures. As a result, provinces and territories will be left scrambling to figure out a new model for training medical residents, funding medical research and delivering specialized care. It will be patients that will suffer.

I strongly encourage the committee to adopt CMA's recommendation to exempt group medical structures as the only means of avoiding these negative and unintended consequences.

Dr. Marcoux and I will be pleased to address any questions you may have.

The Chair: Thank you very much, Mr. Feely.

Doctor, go ahead.

Dr. Mark Prieditis, President, Ontario Association of Radiologists: Thank you, Mr. Chairman, and good evening, senators. My name is Dr. Mark Prieditis. I am the President of the Ontario Association of Radiologists. With me today is Mr. Ray Foley, our Executive Director. In the public seating in the committee room is Dr. Fabiano Taucer, who presented to your colleagues at the House of Commons Finance Committee.

Thank you for asking us to appear before your committee to address our concerns on the issue of the small business tax deduction as it impacts Canadian physicians. We believe you have the ability to positively influence a piece of legislation that will have unintended consequences.

I represent over 1,000 radiologists in Ontario and, by extension, reflect concerns also expressed by the Canadian Association of Radiologists on behalf of the 2,800 diagnostic radiologists providing patient care services across Canada in teaching hospitals, community hospitals and community-based clinics.

Radiologists are specialist physicians who use state-of-the-art technology, things such as CTs, ultrasounds and MRIs, to diagnose in patients virtually every disease known to man. We also use those tools to perform minimally invasive surgery that has revolutionized medicine.

Doctors do run small businesses. We get our revenues from government. We call them billings. Those go to pay all of our expenses, including the cost of our equipment and staff, et cetera.

de comparaison, lorsque nous avons informé nos membres de l'augmentation du taux maximal d'impôt sur le revenu des particuliers, nous n'avons pas reçu un seul message — pas un seul.

Certains prétendent que cette proposition fiscale aura pour effet de chasser les médecins vers les États-Unis. Or, d'après notre recherche, il est beaucoup plus probable qu'ils quitteront simplement les structures de groupe. En résultat, les provinces et les territoires se trouveront forcés de trouver rapidement un nouveau modèle de formation des médecins résidents, de financement de la recherche médicale et de prestation des soins spécialisés. Ce sont les patients qui en souffriront.

J'encourage vivement le comité à adopter la recommandation de l'AMC afin d'accorder aux structures de médecine de groupe l'exemption qui constitue le seul moyen d'éviter ces effets négatifs et non voulus.

Le Dr Marcoux et moi-même serons heureux de répondre à vos questions.

Le président : Merci beaucoup, monsieur Feely.

Allez-y, docteur.

Dr Mark Prieditis, président, Ontario Association of Radiologists : Merci, monsieur le président, et bonsoir, distingués sénateurs. Je m'appelle Mark Prieditis. Je suis le président de l'Ontario Association of Radiologists. M. Ray Foley, notre directeur exécutif m'accompagne. Dans la salle, parmi le public, se trouve le Dr Fabiano Taucer, qui a fait l'exposé à vos collègues du Comité des finances de la Chambre des communes.

Je vous remercie de nous avoir demandé de comparaître devant vous pour exprimer nos préoccupations relativement à la déduction fiscale accordée aux petites entreprises qui a une incidence sur les médecins au Canada. Nous croyons que vous avez la capacité d'influer de façon positive sur un texte législatif qui aura des conséquences non voulues.

Je représente plus de 1 000 radiologistes de l'Ontario et, par extension, je traduis les préoccupations également exprimées par l'Association canadienne des radiologistes au nom des 2 800 spécialistes en radiodiagnostic prodiguant des services de soins aux patients d'un bout à l'autre du Canada dans les hôpitaux universitaires, les hôpitaux communautaires et les cliniques communautaires.

Les radiologistes sont des médecins spécialistes qui utilisent une technologie de pointe, notamment des appareils de tomographie par ordinateur, des ultrasons et des IRM, pour diagnostiquer chez les patients pratiquement toutes les maladies connues. Nous avons également recours à ces outils pour la chirurgie endoscopique qui a révolutionné la médecine.

Effectivement, les médecins exploitent des petites entreprises. Nous tirons nos revenus du gouvernement. C'est ce que nous appelons la facturation. Ces factures servent à payer toutes nos

That's true whether you work as a solo practitioner, which does not really occur very much anymore, or whether you work in a group practice. It's the same situation.

We believe that decisions arising from Bill C-29 will have the unintended health care consequences of unwinding many of these group practices. Specifically, it will reverse more than 30 years of expert health policy.

The two questions that face this committee for its consideration are: Do the budget measures before you have the ability to hurt the delivery of health care; and is it reasonable to recommend an exemption to preserve patient care? We believe the answer to both should be "yes."

Irrespective of what stand you take today, one thing remains constant and common for all of us in this room and beyond: We will all need the skills of radiologists, family doctors, cardiologists, anaesthesiologists, radiologists and many other doctors who work in groups. That's why we urge your action to recommend the reversal of this Bill C-29 provision today.

The Liberal government would have you believe there will be no impact. The question then is who do you believe; the front-line health care provider experts or the cursory view of the senior ministry of finance officials who told us that the patient care impact was not considered in developing this budget proposal, nor was it a policy concern to them?

We know the removal of the small business tax deduction will lead to the dissolution of some of these group practices because it removes one of the most important incentives used by provincial health authorities to encourage group practice, and they've been actively doing that for many years. It is already beginning to occur partly because of the lack of clarity that is out there. The recent vote at the House of Commons committee declaring what the true agenda is will only accelerate these group dissolutions, which will impact patient care negatively.

Multi-specialty group practice offers many benefits to both physicians and patients. It creates a critical mass that permits teaching tomorrow's doctors, conducting research into cures and new and safer procedures. It provides clinical leadership, creates new health care system efficiencies through the involvement of multiple administrative roles. It allows us to pursue quality assurance and quality control improvements in medical equipment selection and so on.

A breakdown in this group model interrupts the abilities of doctors to carry out these largely voluntary functions that go mostly unnoticed outside the world of medicine. Many of these are unpaid. Group practice encourages physicians to share best

dépenses, y compris le coût de notre matériel et du personnel, et cetera. Il en va ainsi que vous exerciez seul, ce qui ne se fait plus vraiment de nos jours, ou que vous exerciez au sein d'un groupe. La situation est la même.

Nous croyons que les décisions découlant du projet de loi C-29 auront les conséquences non voulues sur le plan des soins de santé de dissoudre un grand nombre de ces groupes. Plus précisément, il mettra fin à plus de 30 ans d'une politique de soins de santé spécialisés.

Les deux questions que le comité doit étudier sont les suivantes : est-ce que les mesures budgétaires dont vous êtes saisis ont la capacité de nuire à la prestation des soins de santé; et est-il raisonnable de recommander une exemption afin de protéger les soins au patient? Nous croyons que la réponse aux deux questions devrait être « oui ».

Indépendamment de la position que vous adoptez aujourd'hui, une chose demeure constante et courante pour nous tous dans cette pièce et ailleurs : nous aurons tous besoin des compétences de radiologistes, de médecins de famille, de cardiologues, d'anesthésistes, de radiologistes et de nombreux autres médecins qui œuvrent au sein de groupes. Voilà pourquoi nous vous exhortons à recommander l'annulation de cette disposition du projet de loi C-29 aujourd'hui.

Le gouvernement libéral voudrait vous faire croire qu'il n'y aura aucune répercussion. La question devient alors qui croire; les spécialistes des soins de santé de première ligne ou l'aperçu très sommaire des hauts fonctionnaires du ministère des Finances qui nous ont dit que l'incidence sur les soins aux patients n'avait pas été prise en considération au moment de l'élaboration de cette proposition budgétaire, ni que cela les concernait?

Nous savons que l'élimination de la déduction fiscale accordée aux petites entreprises entraînera la dissolution de quelques-uns de ces groupes, parce que cette mesure élimine l'un des plus importants incitatifs utilisés par les autorités provinciales de la santé pour encourager la pratique de groupe, ce qu'elles font activement depuis de nombreuses années. D'ailleurs, c'est déjà commencé en raison en partie de l'absence de clarté. Le récent vote pris au comité de la Chambre des communes qui dévoile les véritables motifs ne fera qu'accélérer ces dissolutions, ce qui aura une incidence négative sur les soins aux patients.

La médecine de groupe multispécialités offre de nombreux avantages tant aux médecins qu'aux patients. Elle crée une masse critique qui permet d'enseigner aux médecins de demain, d'effectuer des recherches dans les traitements et des procédures nouvelles et plus sécuritaires. Elle assure un leadership clinique, crée de nouveaux gains d'efficacité pour le système de soins de santé grâce à l'intervention de rôles administratifs multiples. Elle nous permet d'améliorer l'assurance et le contrôle de la qualité dans le choix de l'équipement médical, et cetera.

L'éclatement de ce modèle de groupe interrompt les aptitudes des médecins de s'acquitter de ces fonctions largement volontaires qui passent inaperçues à l'extérieur du monde de la médecine. Un grand nombre de ces fonctions ne sont pas rémunérées. La

practices and create standardized guidelines that improve medical quality. In its aggregated form, group practice contributes significantly to coordinated, collaborative and comprehensive patient care.

In closing, I would like to leave the following comments with you. We were told repeatedly by the Liberal government members that this legislation had no impact on doctors. Last week we found out differently. Many feel that the true intent was held back to prevent more opposition to this tax initiative, irrespective of the patient care fallout. Many of us felt misled.

Some have portrayed the small business deduction as a loophole. This is inaccurate, as the CRA has provided tax rulings to many physician groups across the country for well over a decade, declaring this to be a legitimate structure. Physician practices operating in good faith have invested countless hours of effort to build a physician group practice model that is now in danger of being fractured.

Every physician has a billing number unique to them. That billing number and the services connected to it are done by a specific physician and constitute what is a small business in the medical context. They include overhead and the same features of any other small business. For reasons of a more integrated delivery of required services, these small businesses have worked in groups to provide the spectrum of their medical services and to pool income to ensure that less-remunerated work has an equal weighting and to avoid patient care gaps.

Unrelated to what happens here in Ottawa, there's a serious degree of discord and distrust between physicians and provincial health authorities across Canada. We faced unilateral changes on doctors' services, political attacks aimed at physicians, major reductions to medical funding, and ignoring years of increasing medical overheads. This negative direction is producing turbulent change within the ranks of physicians who are questioning their futures in medicine. I know this because I hear it every day as a front-line doctor. The Bill C-29 provisions and other tax increases are needlessly aggravating the situation.

This is not a tax avoidance or tax savings strategy. It is a well-recognized tax deferral that has become more essential and important to doctors to offset their high overheads while in practice, the lack of safety net protections like pensions and other benefits, and other demands related to meeting higher

médecine de groupe incite les médecins à communiquer les pratiques exemplaires et à créer des lignes directrices normalisées qui améliorent la qualité des soins médicaux. Sous sa forme agrégée, la médecine de groupe contribue de façon significative à des soins coordonnés, collaboratifs et globaux aux patients.

En terminant, j'aimerais vous proposer les observations suivantes. Des membres du gouvernement libéral nous ont dit à maintes reprises que ce texte législatif n'a aucune incidence sur les médecins. La semaine dernière, nous avons constaté qu'il n'en était pas ainsi. Nombreux sont ceux qui estiment que l'objet véritable était demeuré caché afin d'empêcher une plus grande opposition à cette initiative fiscale, indépendamment des retombées pour les soins aux patients. Beaucoup d'entre nous se sont sentis trompés.

Certains ont décrit la déduction accordée aux petites entreprises comme une échappatoire. Ce n'est pas exact, puisque l'ARC a rendu des décisions en matière d'impôt à de nombreux groupes de médecins d'un bout à l'autre du pays depuis plus d'une décennie, indiquant qu'il s'agit d'une structure légitime. De bonne foi, les cabinets de médecins ont consacré des heures innombrables d'effort pour créer un modèle de médecine de groupe qui est maintenant menacé de fragmentation.

Chaque médecin a un numéro de facturation unique qui lui appartient. Ce numéro de facturation et les services qui s'y rattachent sont assurés par un médecin précis et constituent une petite entreprise dans le contexte médical. Ils comprennent les frais généraux et les mêmes caractéristiques de n'importe quelle autre petite entreprise. Dans le but d'assurer une prestation plus intégrée des services requis, ces petites entreprises ont travaillé en groupe afin d'offrir le spectre de leurs services médicaux et de regrouper les revenus afin de s'assurer que le travail moins rémunéré a un poids égal et afin d'éviter des lacunes au niveau des soins au patient.

Sans lien à ce qui se passe ici à Ottawa, le degré de discorde et de méfiance entre les médecins et les autorités provinciales de la santé d'un bout à l'autre du Canada est élevé. Nous sommes confrontés à des modifications unilatérales aux services des médecins, à des attaques politiques visant les médecins, à des réductions importantes du financement médical et à la non-prise en compte des frais généraux médicaux qui ne cessent d'augmenter d'année en année. Cette orientation négative produit un changement turbulent chez les médecins qui remettent en question leur avenir en médecine. Je le sais, parce que je suis un médecin de première ligne et je l'entends tous les jours. Les dispositions du projet de loi C-29 et d'autres augmentations de nature fiscale viennent inutilement aggraver la situation.

Il ne s'agit pas d'une stratégie d'évitement fiscal ou d'économies fiscales. Il s'agit d'un report d'impôt bien reconnu qui est devenu plus essentiel et important pour les médecins afin de leur permettre de compenser pour leurs frais généraux élevés pendant qu'ils exercent la médecine, l'absence d'un filet de sûreté,

professional training standards throughout their careers.

David Dodge, the former Governor of the Bank of Canada, was quoted last week about the emerging probability of significantly reduced tax competitiveness between Canada and the United States, and that would be another factor in causing professionals to consider moving. Independent of that, we issued a warning that this could also apply to doctors, as it has happened in the past when similar conditions occurred. Mr. Easter says he was convinced by Finance Canada and Health Canada bureaucrats this would not happen. With due respect, doctors do not consult government officials when they make their major career decisions. The same assurance provides no guarantee to low- and middle-income Canadians depending on a stable medical system that many believe is now under attack.

A significant amount of time has transpired since the budget speech was handed down. If this legislation is to proceed, despite our advice to the contrary, there should be a delayed implementation to provide restructuring that can happen in an orderly and organized way to mitigate rash decisions that will impact patient care.

Ladies and gentlemen, this is not about doctors seeking a special privilege in taxation. The current model exists to serve the patients and they will be the ones to be impacted. The people of Canada have entrusted their doctors to be a force for good, and we will reward that trust by working every day in the best interests of every patient in Canada.

Thank you.

[*Translation*]

Dr. Barry Rubin, Medical Director, Peter Munk Cardiac Centre, University Health Network: Thank you for the opportunity to address you this evening.

[*English*]

I'm a vascular surgeon at Toronto General Hospital; I'm the Medical Director of the Peter Munk Cardiac Centre, and I have run a molecular biology research lab for the last 18 years. I'm also the lead of the governance organizations that represent the 6,000 teaching doctors in Ontario's 16 teaching hospitals and address you today in that capacity.

Canada is a world leader in medical education, innovation and research. Problem-based learning, the most effective method for teaching students, and competency-based assessment, a process for evaluating medical training, were largely developed in Canada and are now practised around the world.

par exemple les régimes de pension et d'autres avantages, et d'autres exigences reliées à des normes de formation professionnelle plus élevées tout au long de leurs carrières.

David Dodge, l'ancien gouverneur de la Banque du Canada, a été cité la semaine dernière relativement à la probabilité nouvellement apparue d'une compétitivité fiscale nettement réduite entre le Canada et les États-Unis, ce qui constituerait un autre facteur qui amènerait les professionnels à envisager de déménager. Indépendamment de tout cela, nous avons émis une mise en garde qui pourrait s'appliquer aussi aux médecins, étant donné que cela s'est produit par le passé lorsque des conditions semblables sont survenues. M. Easter dit que les bureaucrates de Finances Canada et de Santé Canada l'ont convaincu que cela ne se produirait pas. Sauf votre respect, les médecins ne consultent pas les fonctionnaires lorsqu'ils prennent leurs grandes décisions professionnelles. La même assurance n'offre aucune garantie aux Canadiens à revenu faible et moyen qui dépendent d'un système médical stable que beaucoup estiment attaqué.

Il s'est écoulé beaucoup de temps depuis le discours du budget. Si cette mesure législative va de l'avant, malgré notre avis contraire, il devrait y avoir une mise en œuvre différée afin de permettre une restructuration ordonnée et organisée dans le but d'atténuer les décisions hâtives qui auront une incidence sur les soins au patient.

Mesdames et messieurs, il ne s'agit pas de médecins qui cherchent à obtenir un privilège particulier au niveau de l'imposition. Le modèle actuel existe pour desservir les patients et ce seront eux qui seront touchés. La population canadienne a chargé ses médecins de devenir une force du bien, et nous récompenserons cette confiance en travaillant tous les jours dans l'intérêt de chaque patient au Canada.

Merci.

[*Français*]

Dr Barry Rubin, directeur médical, Centre de cardiologie Peter Munk, University Health Network : Je vous remercie de me donner l'occasion de vous parler ce soir.

[*Traduction*]

Je suis un chirurgien vasculaire au Toronto General Hospital; je suis le directeur médical du Centre de cardiologie Peter Munk, et je dirige un laboratoire de recherches en biologie moléculaire depuis 18 ans. Je suis également le responsable des organisations de gouvernance qui représentent les 6 000 médecins enseignants répartis dans 16 hôpitaux universitaires de l'Ontario, et c'est à ce titre que je vous adresse la parole aujourd'hui.

Le Canada est un chef de file mondial de l'enseignement, de l'innovation et de la recherche dans le domaine de la médecine. L'apprentissage axé sur les problèmes, la méthode la plus efficace pour enseigner, et l'évaluation fondée sur la compétence, un processus permettant d'évaluer la formation médicale, ont été en

Canadian researchers are among the most quoted in scientific publications, and innovation developed by Canadian doctors ensures the ongoing evolution of our health care system. For example, Canadian doctors were the first to develop the pacemaker, the first to do a single lung transplantation and currently lead development of no-incision heart valve replacement. We're also working on innovative approaches to use stem cells to treat arthritis and diabetes and cure these diseases, and to develop drugs that minimize brain damage after stroke.

It's important to appreciate that the vast majority of medical teaching and research in Canada is done in teaching hospitals. It is also a fact that teaching and research activities are compensated far more poorly than the provision of clinical care, which involves seeing patients, doing operations and many other things.

So the question arises: How does our health care system actually pay doctors to teach and do research, the subject of this evening's discussion?

The answer is by forming practice plans, where groups of doctors in teaching hospitals come together and pool their income. Practice plans typically include 20 to 100 and in my centre 360 doctors that work together, and these have been in place in Canada for the last 30 to 40 years.

Through these practice plans, doctors who make relatively more money providing clinical care actually transfer some of that income to the doctors that make less money doing teaching and research, and they have to do so because teaching and research just does not pay well. That is the academic mission of the practice plans.

This social enterprise is not designed to enrich the partners in the practice plan. It is designed to appropriately compensate doctors for clinical work, as well as the medical education and research that they provide.

In Canada, very surprisingly, two thirds of the support for research that is carried out by doctors in teaching hospitals is generated by redistributing the clinical income earned by those doctors. The remaining one third comes from the provincial and federal governments.

In addition, two thirds of the 30,000 doctors that practise in Ontario were trained at a teaching hospital in Ontario, and this pattern holds true across Canada.

grande partie mis au point au Canada et sont maintenant mis en pratique partout dans le monde.

Les chercheurs canadiens comptent parmi les plus cités dans les publications scientifiques, et l'innovation mise au point par des médecins canadiens assure l'évolution continue de notre système de soins de santé. Par exemple, les médecins canadiens ont été les premiers à mettre au point le stimulateur cardiaque, les premiers à effectuer une greffe pulmonaire simple et sont actuellement à l'avant-scène pour ce qui est du remplacement des valves cardiaques sans incision. Nous travaillons également à des approches novatrices pour utiliser les cellules souches afin de traiter l'arthrite et le diabète et pour soigner ces maladies, et pour mettre au point des médicaments qui réduisent au maximum les lésions cérébrales après un accident vasculaire cérébral.

Il est important de reconnaître que la grande majorité de l'enseignement et de la recherche en médecine au Canada se fait dans des hôpitaux universitaires. C'est également un fait que les activités liées à l'enseignement et à la recherche sont rémunérées beaucoup moins que la prestation de soins cliniques, ce qui comprend la consultation de patients, des interventions chirurgicales et bien plus.

Il faut donc se poser la question suivante : comment est-ce que notre système de soins de santé rémunère les médecins pour enseigner et faire de la recherche, c'est-à-dire l'objet de la discussion de ce soir?

C'est en formant des plans de pratique, où des groupes de médecins dans des hôpitaux universitaires se regroupent et mettent en commun leurs revenus. Habituellement, les plans de pratique comptent de 20 à 100 médecins et, dans mon centre, ce sont 360 médecins qui travaillent ensemble. D'ailleurs, ces plans sont en place au Canada depuis 30 à 40 ans.

Grâce à ces plans de pratique, les médecins qui font relativement plus d'argent en prodiguant des soins cliniques transfèrent effectivement une partie de ce revenu aux médecins qui font moins d'argent à enseigner et à faire de la recherche, et ils le font parce que l'enseignement et la recherche ne sont pas très rémunérateurs. Il s'agit de la mission universitaire des plans de pratique.

L'entreprise sociale n'est pas conçue pour enrichir les partenaires qui font partie du plan de pratique. Elle est conçue pour rémunérer de façon appropriée les médecins pour leur travail clinique, de même que pour l'enseignement et la recherche qu'ils font dans le domaine de la médecine.

Chose très surprenante, les deux tiers du soutien à la recherche effectuée par des médecins dans des hôpitaux universitaires au Canada provient de la redistribution du revenu clinique gagné par ces médecins. Le tiers restant provient des gouvernements provinciaux et fédéral.

De plus, les deux tiers des 30 000 médecins qui exercent en Ontario ont été formés dans un hôpital universitaire de l'Ontario, et il en est ainsi partout au Canada.

Under the 2016 federal budget, if practice plans continue to redistribute funds to support innovation, teaching and research, incorporated members of those practice plans will have to share the small business deduction. So in addition to giving up clinical earnings to support teaching and research, those doctors will also face a second financial penalty of incurring loss of access to the small business deduction.

Because of this, doctors in teaching hospitals recognize that alternate structures for their practice plans, such as cost-sharing associations, will have to be considered, because remaining in the partnership would financially penalize doctors that already transfer some of their clinical income to support teaching research done by their colleagues.

The core issue with forming a new structure such as a cost-sharing association, which was an option proposed by Minister Morneau, is that practice plans will no longer have a viable mechanism to redistribute the pooled income required to support innovation, teaching and research. That is what led 1,600 doctors, when I wrote this — now 2,000 doctors — from across Canada to write to the Minister of Finance and express concern about the 2016 federal budget.

Currently, I am aware that 50 practice plans in teaching hospitals in Ontario are in the process of considering changing their structures from partnerships to some other structure, in direct response to the changes contemplated in Bill C-29.

If practice plans are not able to pay doctors to teach, who will train the doctors that we need for tomorrow? Who will do the research and lead the innovation needed to develop the new treatments and prevention strategies that are required to care for Canada's growing and aging population?

Limiting the ability of groups of doctors to access the small business deduction has the potential to inadvertently destroy the fundamental mechanism that practice plans in teaching hospitals across Canada have used for decades to support medical innovation, teaching and research — the redistribution of income earned providing clinical care.

This has the potential to destabilize the foundation of the health care system that Canada is so widely known and respected for, and will impact our ability to lead in medical innovation. It would be very difficult for all of those examples I cited to happen: using stem cells, first use of a pacemaker, single-lung transplants. These were all supported by practice plans that transferred funds to support teaching and research.

En vertu du budget fédéral de 2016, si le plan de pratique continue de redistribuer les fonds afin de soutenir l'innovation, l'enseignement et la recherche, les membres de ces plans de pratique qui se sont constitués en société devront partager la déduction accordée aux petites entreprises. Donc, en plus de remettre leur rémunération clinique pour appuyer l'enseignement et la recherche, ces médecins feront l'objet d'une deuxième pénalité financière, parce qu'ils n'auront plus accès à la déduction accordée aux petites entreprises.

Pour ces raisons, les médecins dans les hôpitaux universitaires reconnaissent que les structures de rechange pour leurs plans de pratique, notamment des associations à frais partagés, devront être prises en considération, parce que le fait de rester au sein du partenariat pénalisera financièrement les médecins qui transfèrent déjà une partie de leur revenu clinique pour soutenir l'enseignement et la recherche que font leurs collègues.

Le problème fondamental de former une nouvelle structure comme une association à coûts partagés, qui était une option proposée par le ministre Morneau, est que les plans de pratique ne constitueront plus un mécanisme viable pour redistribuer le revenu regroupé requis pour soutenir l'innovation, l'enseignement et la recherche. C'est ce qui a amené 1 600 médecins, au moment où j'ai rédigé mon allocution — maintenant 2 000 médecins — de partout au Canada à écrire au ministre des Finances et à exprimer leur inquiétude quant au budget fédéral de 2016.

À l'heure actuelle, je sais que 50 plans de pratique dans des hôpitaux universitaires de l'Ontario envisagent de modifier leurs structures de partenariats pour une autre structure, en réaction directe aux modifications prévues par le projet de loi C-29.

Si les plans de pratique ne peuvent pas rémunérer les médecins pour enseigner, qui formera les médecins dont nous aurons besoin demain? Qui fera la recherche et dirigera l'innovation pour mettre au point les nouveaux traitements et les stratégies de prévention nécessaires pour soigner la population canadienne vieillissante et toujours plus nombreuse?

Limiter la capacité de groupes de médecins d'accéder à la déduction accordée aux petites entreprises risque de détruire par inadvertance le mécanisme fondamental que les plans de pratique dans les hôpitaux universitaires du Canada utilisent depuis des décennies pour soutenir l'innovation, l'enseignement et la recherche dans le domaine médical — la redistribution du revenu gagné à prodiguer des soins cliniques.

Cela pourrait déstabiliser le fondement du système de soins de santé pour lequel le Canada est si respecté et si bien connu, et aura une incidence sur notre capacité de rester un chef de file en innovation médicale. Ce serait très difficile pour tous les exemples que j'ai mentionnés : utiliser les cellules souches, première utilisation d'un stimulateur cardiaque, greffes d'un seul poumon. Ces réalisations ont toutes été rendues possibles grâce aux plans de pratique qui transféraient des fonds pour soutenir l'enseignement et la recherche.

However, in the final analysis, impairing the ability of doctors and teaching hospitals to innovate, educate and do research will have a lasting, negative impact on the residents and citizens of Canada who we care for.

Thank you very much.

Dr. Richard Davies, Professor, Division of Cardiology, University of Ottawa Heart Institute: Thank you for giving us the opportunity to present. I'm a cardiologist here in Ottawa. I'm also the managing partner of the group of 34 cardiologists who work at the University of Ottawa Heart Institute.

I also speak on behalf of many of my counterparts across the country, with whom we have discussed this and all of whom essentially say the remarks that I am making reflect exactly the situation they are facing in their own centres.

Academic physicians across the country have participated for many years in partnerships, not to make money but to support a mission of excellence in education, innovative research and state-of-the-art care. Using this mechanism, my own partnership supports 100 per cent of the time our physicians spend educating young doctors. Academic centres across the country do the same.

This has allowed Canadian academic centres like ours to develop and maintain teaching programs that are considered among the absolute best anywhere. They also attract the best and brightest young doctors to work with them from both within Canada and from across the world.

Partnerships like ours also support research. My own group supports one of the best cardiac research programs in Canada and maintains an ongoing healthy competition and collaboration with other programs, such as that in Dr. Rubin's centre. This has made possible many Canadian innovations and advances in patient care. Using my own centre as an example, we were one of the first centres in the world to establish a regional program for treating heart attack victims. This is now the standard of care across Canada and worldwide.

When I began my career, the mortality of a heart attack was over 13 per cent. As a result of this program, it is now 3.5 per cent. This level of care is accomplished by attracting the best of the best physicians into academic medicine and then allowing each to focus on a particular area so they can develop exceptional levels of skill in that area and then make that skill available to the patients.

Partnerships like ours also support excellence in areas that are clinically important but poorly remunerated. A good example of this is advanced heart failure patients, including those who would require heart transplantation and mechanical support devices.

Cependant, au final, nuire à la capacité de médecins et d'hôpitaux universitaires d'innover, d'enseigner et de faire de la recherche aura une incidence négative durable sur les résidents et les citoyens du Canada à qui nous prodiguons des soins.

Merci beaucoup.

Dr Richard Davies, professeur, Division de cardiologie, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa : Merci de nous donner la chance de faire un exposé. Je suis un cardiologue ici, à Ottawa. Je suis aussi l'associé directeur du groupe de 34 cardiologues qui travaillent à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa.

Je parle également au nom d'un grand nombre de mes homologues d'un bout à l'autre du pays avec lesquels nous avons discuté et qui disent tous essentiellement que les observations que je fais traduisent exactement la situation à laquelle ils sont confrontés dans leurs propres centres.

Des médecins universitaires de partout au pays ont participé pendant de nombreuses années à des partenariats, non pas pour faire de l'argent, mais pour soutenir une mission d'excellence en éducation, recherches novatrices et soins à la fine pointe de la technologie. Grâce à ce mécanisme, mon propre partenariat soutient la totalité du temps que nos médecins consacrent à l'enseignement des jeunes médecins. Les centres universitaires de partout au pays font la même chose.

Cela a permis aux centres universitaires canadiens comme le nôtre d'élaborer et de maintenir des programmes d'enseignement considérés parmi les meilleurs n'importe où. Ils attirent aussi les jeunes docteurs les meilleurs et les plus brillants pour travailler avec eux tant au Canada que partout dans le monde.

Des partenariats comme le nôtre soutiennent également la recherche. Mon propre groupe soutient l'un des meilleurs programmes de recherche dans le domaine cardiaque au Canada et maintient une concurrence et une collaboration continues saines avec d'autres programmes, notamment celui du centre du Dr Rubin. Ces partenariats ont rendu possibles de nombreuses innovations et avancées canadiennes dans les soins au patient. Si je prends mon propre centre en exemple, nous avons été l'un des premiers centres au monde à établir un programme régional pour traiter les victimes de crise cardiaque. Il est maintenant la norme de soins au Canada et partout dans le monde.

Lorsque j'ai entrepris ma carrière, le taux de mortalité des victimes de crise cardiaque dépassait 13 p. 100. Grâce à ce programme, il est désormais de 3,5 p. 100. On atteint ce niveau de soins est réalisé en attirant la crème de la crème en médecine universitaire et en permettant à chaque médecin de se concentrer sur un aspect particulier afin de pouvoir acquérir des compétences exceptionnelles dans cet aspect, puis de mettre ces compétences à la disposition des patients.

Des partenariats comme le nôtre soutiennent aussi l'excellence dans des domaines cliniquement importants, mais mal rémunérés. Les patients souffrant d'insuffisance cardiaque avancée, y compris ceux qui auraient besoin d'une greffe cardiaque et des appareils de

Physicians in better-paid sub-specialities who have joined these partnerships allow their clinical income to be redistributed so that, as a group, we can provide the best possible care to all of our patients. This kind of success has been achieved in all areas of medicine in centres across the country. The ability to form academic partnerships without penalty has played a major role in making this possible.

As the managing partner of a group such as ours, it's my job to take money off the table so my group can succeed in its mission of excellence. In doing so, I have to deal with an almost fourfold difference in earning capacity among doctors with similar levels of skill but in different areas, no hard funding for physician teachers and most physician researchers.

Academic partnerships are a powerful and time-tested tool that I and my counterparts across the country use to accomplish this. We now need your help to maintain the infrastructure upon which much of our success is built.

As it stands, the legislation in question we believe inadvertently will selectively penalize physicians who wish to join academic partnerships for the altruistic reasons that I've outlined. We are simply asking that you amend this legislation so that these physicians are treated the same as those in solo community practice. Doing so will send a strong message of recognition and support for the work that they're doing.

That concludes my remarks, but in closing I'd also like to read you some comments from Dr. Juan Carlos Monge, who is my counterpart in charge of the practice plan at St. Michael's Hospital in Toronto.

He says that it's beyond comprehension that academic physicians who have taken the initiative for the last several decades to pool our earnings to fund what government doesn't fund are now being penalized by a measure that, although clearly not directed at academic medical groups, nevertheless threatens our very existence and our ability to support research, advance medical education and super-specialized clinical care.

This unintended consequence defies all logic, and we believe that any fair-minded person can easily see that it calls for legislative action to provide an acceptable solution to academic medical groups.

The solution proposed by the finance ministry — a cost-sharing arrangement — is not adequate for our needs as we need to pool and redistribute resources to support our academic mission. This is not the purpose of a cost-sharing arrangement, which merely allows the distribution of the costs of doing business

soutien mécaniques, en sont un bon exemple. Les médecins qui occupent des sous-spécialités mieux rémunérées et qui se sont joints à ce partenariat permettent à leur revenu clinique d'être redistribué de façon à ce que, comme groupe, nous puissions prodiguer les meilleurs soins possible à tous nos patients. Un tel succès a été rendu possible dans tous les aspects de la médecine dans des centres de partout au Canada. La capacité de former des partenariats universitaires sans pénalité a joué un rôle important à cet égard.

En ma qualité d'associé directeur d'un groupe tel que le nôtre, il m'incombe de retirer l'argent de la table pour que mon groupe puisse réussir dans sa mission d'excellence. Ce faisant, je dois composer avec une différence presque quadruple dans la capacité de gains parmi les docteurs possédant des niveaux semblables de compétence, mais dans des domaines différents, une absence de financement ferme pour les médecins enseignants et la plupart des médecins chercheurs.

Les partenariats universitaires constituent un outil puissant qui a fait ses preuves et que mes homologues de partout au pays et moi utilisons pour le faire. Nous avons maintenant besoin de votre aide pour maintenir l'infrastructure sur laquelle repose la plus grande partie de notre succès.

Dans sa forme actuelle, le texte législatif en question pénalisera d'après nous par inadvertance les médecins qui souhaitent se joindre à des partenariats universitaires pour les motifs altruistes que je viens de décrire. Nous demandons tout simplement que vous modifiiez ce texte législatif afin que ces médecins soient traités de la même façon que ceux qui exercent seuls en pratique communautaire. Vous enverrez ainsi un message clair de reconnaissance et d'appui pour le travail qu'ils font.

Cela conclut mes remarques, mais j'aimerais aussi en terminant vous lire quelques commentaires du Dr Juan Carlos Monge, mon homologue responsable du plan de pratique au St. Michael's Hospital à Toronto.

Il dit que cela dépasse l'entendement que des médecins universitaires qui ont pris l'initiative au cours des dernières décennies de regrouper leurs gains afin de financer ce que le gouvernement ne finance pas soient maintenant pénalisés par une mesure qui, même si elle n'est pas clairement dirigée vers les groupes de médecine en milieu universitaire, menace néanmoins notre existence et notre capacité de soutenir la recherche, de faire progresser l'enseignement de la médecine et les soins cliniques superspécialisés.

Cette conséquence non voulue défie toute logique, et nous croyons qu'une personne sensée peut facilement constater qu'il faut des mesures législatives pour fournir une solution acceptable aux groupes de médecine en milieu universitaire.

La solution proposée par le ministère des Finances — une entente de partage des coûts — ne répond pas à nos besoins étant donné que nous devons mettre en commun et redistribuer des ressources pour soutenir notre mission universitaire. Tel n'est pas l'objectif d'une entente de partage des coûts, qui permet à peine la

among members of a group — something that falls very short of what we need to do and have been doing in some cases for almost 50 years.

With that, I conclude my remarks.

The Chair: Thank you very much.

We have a very solid list of senators who are interested, because I think you piqued our interest; many of us are at the stage of life where we may need to spend time with you.

First of all, I'd like to have Senator André Pratte from Montreal pose his questions.

Senator Pratte: I have many questions.

It's been mentioned here and elsewhere that provincial governments have for years been encouraging doctors to form partnerships. Could you elaborate on that? How have provinces been encouraging you to form partnerships?

Dr. Prieditis: Sure. It's well known that moving towards a group model in general is the way that medicine should be progressing. It was pioneered at the Mayo and Cleveland clinics and others. Some specialities are farther ahead than others, like radiology and cardiology, but it has come to the point where about six or seven years ago — maybe a little longer than that — as part of a negotiation with the government between the Ontario Medical Association and the provincial government in lieu of a fee increase, the physicians were given the ability to incorporate. They were encouraged to incorporate for that reason.

I'm sure we will hear more about this, but in addition, the AFPs were all encouraged to form shortly around that time, or after that, and they were all encouraged to use these sorts of structures to do that.

The Chair: Are there any other comments?

Dr. Rubin: If you work in a teaching hospital, you have to have an academic appointment, and an academic appointment is from a university-affiliated medical school. In order to have that affiliation, the universities all mandate that you work in a group structure. These are called practice plans, and they have been around for 30 to 40 years. There are variations between the different medical schools, but they all embody the same principle: that you will have the ability to elect and remove officers; that you will have transparent finances; that you will have a dispute resolution mechanism. So we are mandated to work in groups.

This was further entrenched when the provincial alternate funding plan came about — and I'm speaking only about Ontario; this was in 2003 — where to receive supplemental support for teaching and research, which, as I mentioned, covers about one third of the cost of teaching and research, you had to participate in a practice plan.

répartition des coûts de faire affaire entre les membres d'un groupe — ce qui est loin de satisfaire à ce que nous devons faire et à ce que nous avons fait dans certains cas depuis presque 50 ans.

Ceci dit, je conclus mes remarques.

Le président : Merci beaucoup.

Nous avons une liste très longue de sénateurs qui sont intéressés, parce que je pense que vous avez piqué notre intérêt; un grand nombre d'entre nous sont au stade de leur vie où ils pourraient devoir passer du temps avec vous.

Pour commencer, j'inviterais le sénateur André Pratte, de Montréal, à poser ses questions.

Le sénateur Pratte : J'ai de nombreuses questions.

On a mentionné ici et ailleurs que les gouvernements provinciaux ont pendant des années encouragé les médecins à former des partenariats. Pouvez-vous élaborer? Combien de provinces vous encouragent à former des partenariats?

Dr Prieditis : Bien sûr. Il est bien connu que le passage à un modèle de groupe est en général la façon dont la médecine devrait progresser. Il a été inventé aux cliniques Mayo et Cleveland et à d'autres. Certaines spécialités sont nettement plus avancées que d'autres, notamment la radiologie et la cardiologie, mais on a atteint le point où il y a quelque six ou sept ans — peut-être un peu plus —, dans le cadre d'une négociation entre l'Ontario Medical Association et le gouvernement de l'Ontario, les médecins ont été autorisés à se constituer en société, en remplacement d'une augmentation des frais. Ils ont été encouragés à se constituer en société pour cette raison.

Je suis convaincu que nous en entendrons davantage à ce sujet, mais en plus, les AFP ont tous été encouragés à se former à ce moment-là, ou plus tard, et ils ont tous été encouragés à utiliser ces structures pour le faire.

Le président : Y a-t-il d'autres commentaires?

Dr Rubin : Si vous travaillez dans un hôpital universitaire, vous devez détenir un poste universitaire, et un poste universitaire relève d'une école de médecine affiliée à une université. Pour obtenir cette affiliation, toutes les universités exigent que vous travailliez dans une structure de groupe. On les appelle des plans de pratique, et ils existent depuis 30 ou 40 ans. Il existe des variantes entre les écoles de médecine, mais elles reposent toutes sur le même principe : que vous aurez la capacité d'élire et de destituer des dirigeants; que vous aurez des finances transparentes; que vous aurez un mécanisme de règlement des différends. Nous sommes donc tenus de travailler en groupe.

Cela a d'ailleurs été renforcé lorsque le plan de financement de rechange provincial est né — et je parle uniquement de l'Ontario; c'était en 2003 — où pour recevoir un soutien supplémentaire pour enseigner et faire de la recherche, ce qui, comme je l'ai mentionné, couvre à peu près le tiers du coût de l'enseignement et de la recherche, vous deviez faire partie d'un plan de pratique.

This is very different than if you work in a community hospital where physicians function as solo practitioners and have no need to participate in groups. This creates an unlevel playing field because the doctors in the teaching hospitals must participate in group arrangements, whereas the doctors in the community do not have to.

If you're graduating from a training program and you're deciding where to work — in a teaching hospital or in a community hospital — under the current legislation, the tax implications may be such that over time doctors will not want to work in teaching hospitals; they'll work in community hospitals.

Over time, that raises questions: Who's going to train the future doctors? Who's going to do the research? And, importantly, who's going to provide the type of specialty care that can only be provided in teaching hospitals, like transplantation, most forms of brain surgery, advanced heart surgery and the like? So there are far-reaching implications.

Senator Pratte: This is a brief question to the Canadian Medical Association. In the table on page 4 where you have the different provinces, there are three columns with a first rate, which I understand is the small business tax rate. What's the second column?

Mr. Feely: The second column is the general corporate rate, and then the third column represents the difference between the two.

Senator Pratte: So if you were deprived of the small business rate, then do you get taxed at the general corporate rate?

Mr. Feely: Yes, that's correct.

Senator Mitchell: I'd like to drill down a bit on the numbers. The example that's given in this submission — December 7, the Canadian Medical Association — of $32,000 net reduction of funds because of the 4.5 per cent difference, if I do the calculation on that, that would mean whoever is losing $32,000 would actually be earning about $750,000, give or take. Is that right? You have to be earning $750,000 for 4.5 per cent to reduce your taxes by $32,000?

Mr. Feely: I'm happy to provide you the greater detail on that one, but it's looking at more than just the total income of the practice. It's looking at the different factors, but they are based on actual figures from physicians who are working in groups that have provided this evidence. I can't recall what the top figure was. I'm happy to provide it.

C'est très différent de travailler dans un hôpital communautaire où les médecins fonctionnent comme des médecins qui exercent seuls et n'ont pas besoin de faire partie de groupes. Cela crée des règles du jeu différentes parce que les médecins dans les hôpitaux universitaires doivent participer à des ententes de groupe, tandis que les médecins en milieu communautaire ne sont pas tenus de le faire.

Si vous obtenez votre diplôme au terme d'un programme de formation et que vous décidez de l'endroit où vous voulez travailler — dans un hôpital universitaire ou dans un hôpital communautaire —, en vertu de l'actuelle mesure législative, les répercussions fiscales peuvent être telles qu'au fil du temps les médecins ne voudront pas travailler dans les hôpitaux universitaires; ils travailleront dans les hôpitaux communautaires.

Au fil du temps, cela soulève des questions : qui va former les futurs médecins? Qui va effectuer la recherche? Et, fait très important, qui va prodiguer les soins spécialisés qui ne peuvent être fournis que dans des hôpitaux universitaires, notamment les greffes, la plupart des formes de chirurgie cervicale, la chirurgie cardiaque avancée et j'en passe? Les répercussions sont donc considérables.

Le sénateur Pratte : J'ai une brève question à l'intention de l'Association médicale canadienne. Au tableau de la page 4, où sont mentionnées les différentes provinces, il y a trois colonnes avec un premier taux, qui est, d'après ce que je peux comprendre, le taux d'imposition des petites entreprises. Quelle est la deuxième colonne?

M. Feely : La deuxième colonne est le taux général d'imposition des sociétés, et la troisième colonne représente la différence entre les deux.

Le sénateur Pratte : Donc, si l'on vous privait du taux d'imposition des petites entreprises, vous seriez alors imposés au taux général d'imposition des sociétés?

M. Feely : Oui, c'est exact.

Le sénateur Mitchell : J'aimerais me concentrer un peu sur les nombres. L'exemple qui est donné dans ce mémoire — 7 décembre, l'Association médicale canadienne — d'une réduction nette de 32 000 $ des fonds en raison de la différence de 4,5 p. 100, si je fais le calcul, cela signifierait que quiconque perd 32 000 $ gagnerait en réalité environ 750 000 $, ou à peu près. Est-ce exact? Vous devez gagner 750 000 $ pour qu'un différentiel de 4,5 p. 100 réduise vos impôts de 32 000 $?

M. Feely : Je serai heureux de vous donner les détails à cet égard, mais on ne tient pas simplement compte du revenu total de la pratique. On tient compte des différents facteurs, mais ils se fondent sur les données réelles des médecins qui travaillent dans des groupes qui ont fourni ces données. Je ne peux pas me rappeler du montant le plus élevé. Je serai heureux de vous le fournir.

Senator Mitchell: I mean, $32,000 is not an insignificant reduction. I get that, but it is certainly less significant if you're earning $750,000 than it is if you're earning $175,000. I would just like to see how that fits.

Mr. Feely: I'm happy to provide you more detail.

It's important to keep in mind as well that, as the other panellists have mentioned, the physicians are also funding their other colleagues. So in addition to that contribution, which would be the tax differential of $32,000, they are contributing to pool their income to help those members who are earning less. It's a different kind of a structure in that they are helping their colleagues that I would say are more poorly remunerated to even out the income so that they could provide a full comprehensive suite of specialized services.

Senator Mitchell: Let's say in one of these plans or partnerships there are 30 doctors, and you're saying some of them are subsidizing others. Does that mean 15 are just doing operations and 15 are doing operations and teaching? How does that work? Why would they be partners?

Aren't teachers also paid for by the hospital, by the universities? I have friends who are paid that way.

Dr. Prieditis: It's more complicated than that. There are a lot of things that doctors do other than teaching and research. There's also administrative work that we do, being chiefs of departments, section heads. There are all kinds of quality control work that people do. There are very different sub-specialities and different practices.

I'm in a group of 18 radiologists. I do a lot of MRIs and CTs. Other people do something called interventional radiology. Some radiologists do breast imaging. We've got one radiologist who does mostly administration; one person does a lot of quality control and develops computer programs for peer review, and they would bill much, much less than someone else in the group. In order to incent them, in order to get them to do that really important work and for us to be able to provide 24-7 coverage for everything that walks through the door at the hospital, we have to have some way of redistributing that income. If we don't do that or if there's a real penalty for doing that by working together, then we're going to see some gaps develop, and it will be very hard to get people to do some of those other really important and innovative things.

Senator Mitchell: I would like to pursue this a little further. So the implication is that people would start to split up and break up. Aren't there extra costs to that? All of a sudden I'm not sharing office space or I have to hire someone to administer anyway. That would be my first question.

Le sénateur Mitchell : Soyons clairs, 32 000 $ ce n'est pas une réduction négligeable. Je le comprends, mais c'est certainement moins important si vous gagnez 750 000 $ que si vous gagnez 175 000 $. J'aimerais seulement savoir comment tout cela s'intègre.

M. Feely : Je serai heureux de vous donner les détails.

Il est important de se rappeler également que, comme l'ont mentionné les autres intervenants, les médecins financent également leurs autres collègues. Donc, en plus de cette contribution, qui constituerait le différentiel fiscal de 32 000 $, ils contribuent à la mise en commun de leurs revenus pour aider les membres qui gagnent moins. C'est une autre sorte de structure en ce sens qu'ils aident leurs collègues qui, je dirais, sont moins bien rémunérés de façon à mieux équilibrer le revenu. Ainsi, ils peuvent fournir une gamme plus complète de services spécialisés.

Le sénateur Mitchell : Disons que dans l'un de ces plans ou partenariats il y a 30 médecins, et vous dites que certains d'entre eux subventionnent les autres. Est-ce que cela signifie que 15 font seulement des opérations et que 15 font des opérations et de l'enseignement? Comment est-ce que cela fonctionne? Pourquoi seraient-ils des associés?

Est-ce que les professeurs ne sont pas également rémunérés par l'hôpital, par les universités? J'ai des amis qui sont rémunérés ainsi.

Dr Prieditis : C'est plus compliqué que cela. Il y a beaucoup de choses que les médecins font qui ne sont pas de l'enseignement ou de la recherche. Il y a aussi un travail administratif que nous faisons, puisque nous sommes des chefs de département, des chefs de section. Il y a toutes sortes de travaux de contrôle de la qualité que les gens font. Il y a des sous-spécialités très différentes et des pratiques différentes.

Je fais partie d'un groupe de 18 radiologistes. Je fais beaucoup d'IRM et de tomographies. D'autres font ce que l'on appelle de la radiologie d'intervention. Certains radiologistes se spécialisent en échographie mammaire. Nous avons un radiologiste qui fait surtout de l'administration; une personne fait beaucoup de contrôle de la qualité et met au point des programmes informatiques pour examen par les pairs, et leur facturation serait beaucoup, beaucoup moindre qu'une autre personne au sein du groupe. Comme incitatif, pour les amener à faire ce travail vraiment important et pour nous permettre d'assurer une présence tous les jours, 24 heures sur 24, pour quiconque se rend à l'hôpital, nous devons avoir une façon de redistribuer ce revenu. Si nous ne le faisons pas ou s'il y a une véritable pénalité pour le faire en travaillant ensemble, alors des écarts se développeront et il sera très difficile d'amener des gens à faire ces autres choses vraiment importantes et novatrices.

Le sénateur Mitchell : J'aimerais approfondir un peu plus la question. La répercussion est donc que les groupes commenceraient à se séparer et à se dissoudre. Est-ce que cela n'entraîne pas des coûts supplémentaires? Tout d'un coup, je ne partage plus de locaux ou je dois engager quelqu'un pour l'administration de toute façon. C'est ma première question.

My second question is: Don't you end up paying these taxes anyway? It's just a question of deferring them for a while. Although I know you're backing off on the "moving to the U.S." argument, the fact is that there isn't deferral in the U.S. in this way in any event. This is unique to Canada, isn't it, that, one, you can defer, and, two, "deferral" just means you're going to pay the taxes anyway eventually.

Dr. Prieditis: The deferral is one part of it, and I think that is important to doctors because a lot of us train until we're in our mid-thirties, sometimes even later than that before we start. It's a very short career, so being able to defer that income helps us in terms of having a reasonable retirement. We don't have any kind of pension plans or anything. So that is one factor.

But the redistribution is really important. Don't forget there might be some physician who earns, as we heard before, one quarter of what another physician is billing. In order to get that person to do that, we have to somehow have a way of redistributing those funds, and I think that is the fundamental issue that's lost.

There is a cost, as you mentioned, to unravelling some of these things, but I think you're creating a real disincentive to actually forming groups and forming that patient care. We are already seeing this happening. We're already seeing groups look into trying to unwind their practices. We're finding new physicians coming in saying, "I don't want to join a group. I'd rather just stay as a solo practitioner." It makes it very hard to build a team.

The Chair: Could I ask a simple question? I'm not sure if we have it in our documentation because we just received it tonight. Could you give us a simple example of 20 practitioners and mix in a group? Walk us through how it works so that we can understand exactly the implications. If you could give us some numbers, and you don't have to divulge your own practices, but it would really be helpful if we could, as people listening to what you're saying, understand the implications. We understand how you say your group works, but give us examples of the actual logistics of the money flow and how it works.

It doesn't have to be tied to personal situations, but you have enough experience to give us an example of a group of 20, the breakdown between teachers and practitioners, their roles, and how money is distributed amongst the group. That could be very helpful for us to understand exactly what you're talking about in terms of the implication.

Tell us also about the impact of the legislation. What's the bottom line for you?

Ma deuxième question est celle-ci : ne finissez-vous pas par payer ces impôts de toute façon? C'est simplement une question de les reporter pendant un certain temps. Même si je sais que vous reculez sur la question de « déménager aux États-Unis », il n'en demeure pas moins qu'il n'y a aucun report du genre aux États-Unis. Cette caractéristique est propre au Canada, n'est-ce pas? Premièrement, vous pouvez reporter et, deuxièmement, le « report » signifie tout simplement que vous devrez payer les impôts de toute façon plus tard.

Dr Prieditis : Le report est un aspect, et je pense qu'il est important pour les médecins, parce que beaucoup d'entre nous sont en formation jusqu'au milieu de la trentaine, parfois même plus tard, avant de commencer à exercer. Notre carrière est très brève. Le fait de pouvoir reporter ce revenu nous aide à avoir une retraite raisonnable. Nous n'avons aucun régime de pension ou quoi que ce soit. C'est donc un facteur.

Par contre, la redistribution est vraiment importante. N'oubliez pas qu'il pourrait y avoir un médecin qui gagne, comme nous l'avons déjà entendu, le quart de ce qu'un autre médecin facture. Pour permettre à cette personne de le faire, nous devons avoir une façon de redistribuer ces fonds, et je pense que c'est la question fondamentale qui se perd dans tout ce débat.

Comme vous l'avez mentionné, il y a un coût associé à la dissolution de ces structures, mais je pense que vous créez une véritable désincitation à la formation de groupes et à la formation de ces soins au patient. Cela est déjà en train de se produire. Nous voyons déjà des groupes qui essaient de dissoudre leurs pratiques. Nous entendons de nouveaux médecins qui arrivent dire : « Je ne veux pas me joindre à un groupe. Je préférerais exercer seul. » Il devient très difficile de bâtir une équipe.

Le président : Pourrais-je poser une question? Je ne sais pas si cela se trouve dans notre documentation, puisque nous venons de la recevoir. Pourriez-vous nous donner un exemple simple de 20 praticiens et d'en former un groupe? Montrez-nous comment cela fonctionne afin que nous puissions comprendre exactement les répercussions. Si vous pouviez nous donner des chiffres, et il n'est pas nécessaire que vous divulguiez vos propres pratiques, mais ce serait vraiment utile si nous pouvions, tout comme les gens qui vous écoutent, comprendre les répercussions. Nous comprenons la façon dont votre groupe fonctionne, mais donnez-nous des exemples de la logistique réelle du flux de fonds et comment cela fonctionne.

Il n'est pas nécessaire de rattacher tout cela à des situations personnelles, mais vous avez suffisamment d'expérience pour nous donner un exemple d'un groupe de 20, la ventilation entre enseignants et praticiens, leurs rôles, et comment l'argent est distribué au sein du groupe. Cela pourrait être très utile pour nous permettre de comprendre exactement ce dont vous parlez sur le plan des répercussions.

Parlez-nous aussi de l'incidence de la mesure législative. Quel est le résultat essentiel pour vous?

Dr. Davies: I may be in the best position. I'll speak on a group of 34 rather than 20, because that's the size of our group.

We don't have many people who are billing — and that's not taking home, that's billing — at the level of $750,000. It's usually much less than that. Within our group, out of our total billings of the group, first we have to realize that within our institute we cover a lot of the overhead. We hire the staff that man our clinic.

The Chair: That's over and above the 34 practitioners?

Dr. Davies: Yes, over and above our 34 practitioners. Within our group we actually maintain a staff of over 60. We hire them; they work within the institute, but they are paid for by us. Basically, first of all, the incomes are gross.

The second is that it's important to realize that within centres like us, what we do is when we bring somebody in, we encourage them to specialize and become really good at a smaller area. This is how we maintain our expertise. I'll give the example of a heart failure because it's a very good one.

We recruited somebody who was described to us as the best cardiologist in Australia, and this person really is very good. This person works very hard. Their earning capacity is very low because essentially someone who sees patients and takes care of these very ill patients is paid at the same level as a general internist. We have other people who are also highly skilled who do technical things, who can earn much better than this person, and all of us realize as a group that we need the whole range of activity. We certainly want to be able to keep somebody like this, but unless we function as a group and redistribute income to this person, we will not be able to have a person like that in Canada. You won't have people training to that level in that area simply because, without redistribution, we can't do this.

So how it works within our group is that we pool our income. For the person who is seeing patients like this, we pay their entire overhead. I attach a 1.5 multiplier to all of their clinical earnings, and we put a formula together that also takes into account academic productivity, research and teaching. We redistribute income according to that formula in order to make sure that this person is valued for what they are doing.

In this particular case, the province has gotten it wrong, but it works very well, and probably the reason nobody has paid attention to it is that it has worked very well for 40 or 50 years.

Dr Davies : Je suis peut-être le mieux placé. Je vais parler d'un groupe de 34 plutôt que de 20, parce que c'est la taille de notre groupe.

Il n'y en pas beaucoup dans notre groupe qui facturent — et je ne parle pas de revenu, mais de facturation — au niveau de 750 000 $. Habituellement, c'est beaucoup moins. Au sein de notre groupe, en ce qui concerne la facturation totale pour le groupe, il faut d'abord savoir qu'au sein de notre institut, nous assumons beaucoup de frais généraux. Nous embauchons le personnel qui travaille dans notre clinique.

Le président : C'est en sus des 34 praticiens?

Dr Davies : Oui, en sus de nos 34 praticiens. Au total, notre groupe compte plus de 60 personnes. Nous engageons ces personnes, qui travaillent à l'institut, mais qui sont payées par nous. Essentiellement, pour commencer, les revenus sont bruts.

Deuxièmement, il importe de savoir que dans des centres comme le nôtre, ce que nous faisons quand nous embauchons un médecin, nous l'encourageons à se spécialiser et à exceller dans un petit domaine. C'est ainsi que nous maintenons notre expertise. Je vais donner l'exemple d'une insuffisance cardiaque, parce que c'est un très bon exemple.

Nous avons recruté quelqu'un que l'on nous avait décrit comme étant le meilleur cardiologue d'Australie, et cette personne est vraiment très bonne. Il travaille très fort. Sa capacité de gains est très faible, parce que quelqu'un qui voit des patients et s'occupe de patients très malades est rémunéré au même niveau qu'un interniste général. Nous avons d'autres personnes qui sont hautement qualifiées et qui font des choses techniques, qui peuvent gagner beaucoup plus que cette personne, et, comme groupe, nous nous rendons compte que nous avons besoin de toute la gamme d'activités. Nous voulons certainement pouvoir garder une telle personne, mais à moins de fonctionner comme groupe et de redistribuer le revenu à cette personne, nous ne serons pas en mesure d'avoir une telle personne au Canada. Vous n'aurez pas de gens qui se spécialisent à ce niveau dans ce domaine tout simplement parce que, sans redistribution, nous ne pouvons pas le faire.

Par conséquent, dans notre groupe, nous mettons nos revenus en commun. Nous payons entièrement les frais généraux du médecin qui traite ce type de patients. Je multiplie la totalité de ses gains cliniques par 1,5 et nous avons établi une formule qui tient compte également de la productivité universitaire, de la recherche et de l'enseignement. Nous redistribuons nos revenus selon cette formule afin d'être sûrs que la personne en question est rémunérée à sa juste valeur.

Dans ce cas particulier, la province a commis une erreur, mais ce système fonctionne très bien et si personne n'y a prêté attention, c'est probablement parce que cela a très bien fonctionné depuis 40 ou 50 ans.

The Chair: The variance between your top earners and the lower earners going through the development process and your staff, if you had 34 practitioners and 60 staff, can you give us a round number of how much it costs for you to support your staff?

Dr. Davies: Yes, I can. On average, our overhead rate is 28 per cent.

The Chair: Twenty-eight per cent of what?

Dr. Davies: Twenty-eight per cent of our total earnings goes to support our total staff.

The Chair: The 34 practitioners, basically they're funding the 28 per cent. Of the 34 practitioners, how many practitioners are actually learning and getting paid a lesser salary than the top performers, just so we understand the variance?

Dr. Davies: Sorry, say your question again, because I didn't understand.

The Chair: You have 34 practitioners, if I understand correctly. Some of them are in a development phase, and they're being subsidized or paid by the top performers or the people who are —

Dr. Davies: Sorry. With pride, I have to say that everybody in my group is a top performer and those people are being paid by the top earners, which is different.

The Chair: Sorry. All of you are top performers. The top earners are paying the group. So out of the 34, how many would be top earners and how many would be in the development phase?

Dr. Davies: Essentially, it's about a third, a third, a third. What happens is a third is clearly making more than they bring home. A third is billing more than they take home, so a third is clearly making less. And a third is probably in the middle; they're about average. So what happens is their mix of activities happens to match.

The Chair: Could you give me an idea of the middle and bottom third and what type of earnings they would have?

Dr. Davies: The bottom third gross income would be in the mid-200s. The top third median income would probably be three times that.

Dr. Prieditis: I have a quick comment with regard to expenses, because it varies depending on the area of medicine you're in. The average for doctors across the country is somewhere in the neighbourhood of around 40 per cent. Radiology can be as high as 70 per cent because of the very expensive nature of the equipment depending on the setting we're practising in. I think you need to be careful with those sorts of numbers. Again, I want to emphasize that billings are not income.

Le président : Compte tenu de l'écart entre ceux qui gagnent le plus et ceux qui gagnent le moins parce qu'ils sont en formation, si vous avez 34 praticiens et 60 employés, pouvez-vous nous dire quel est le coût approximatif de votre personnel?

Dr Davies : Oui. Nous avons, en moyenne, 28 p. 100 de frais généraux.

Le président : Vingt-huit pour cent de quoi?

Dr Davies : Nous consacrons 28 p. 100 de nos gains totaux à la rémunération de notre personnel.

Le président : Les 34 praticiens financent donc ces 28 p. 100. Sur les 34 praticiens, il y en a combien en formation qui gagnent moins que leurs collègues les plus performants afin que nous ayons une idée de l'écart?

Dr Davies : Désolé, pourriez-vous répéter votre question, car je n'ai pas bien compris.

Le président : Si je comprends bien, vous avez 34 praticiens. Certains d'entre eux sont en formation et ils sont subventionnés ou rémunérés par les médecins les plus performants ou les personnes qui sont...

Dr Davies : Désolé. Je suis fier de dire que tous les membres de mon groupe sont très performants et que ces personnes sont payées par les médecins les plus performants, ce qui n'est pas la même chose.

Le président : Désolé. Vous êtes tous très performants. Ceux qui gagnent le plus paient les autres. Sur les 34, combien ont des gains élevés et combien sont en formation?

Dr Davies : C'est environ un tiers, un tiers, un tiers. Bien entendu, le tiers de nos praticiens gagnent plus que le salaire net qu'ils reçoivent. Autrement dit, ils facturent plus que leur salaire net, et il y a donc un tiers des médecins qui gagnent moins. Le tiers restant se situe probablement au milieu; dans la tranche médiane. Les activités des uns et des autres se complètent bien.

Le président : Pourriez-vous me donner une idée des gains des praticiens du tiers médian et du troisième tiers?

Dr Davies : Le revenu brut du troisième tiers se situe aux environs de 250 000 $. Le revenu moyen du premier tiers est probablement trois fois plus élevé.

Dr Prieditis : Je voudrais faire une brève observation au sujet des dépenses, car elles varient selon le domaine de la médecine dans lequel vous exercez. La moyenne pour les médecins du pays est de l'ordre de 40 p. 100 environ. En radiologie, les dépenses peuvent atteindre 70 p. 100 à cause de la nature très coûteuse de l'équipement, selon le cadre dans lequel ils travaillent. Je pense qu'il faut faire preuve de prudence à l'égard de ces chiffres. Je tiens à souligner, une nouvelle fois, qu'il ne faut pas confondre facturation et revenus.

Dr. Davies: Thank you for saying that. I have to qualify my remarks. Many billings have technical and professional fees. The incomes that I included excluded the technical fees that are still attributed to those doctors. What happens is our overheads would go way up if I included those.

Radiologists are in a situation where it looks like they have a lot of money, but basically they have to fund very expensive equipment. I'd agree completely with your comment. You have to look at the situation.

Senator Marshall: Of the 34 practitioners in your group of 60, each would take the small business deduction; is that right?

Dr. Davies: Yes.

Senator Marshall: It's much more complex than I thought, but I understand what you're saying.

What precipitated the change? Do you know? I had the impression from one of our witnesses that this has been in effect since 2000 or before the year 2000. This has been in effect for quite a while, has it not?

Dr. Davies: What has been in effect?

Senator Marshall: That everybody can claim the full small business deduction.

Dr. Davies: Yes. As far as I understand, that has been in place in Ontario since we were given the ability to form medical professional corporations, and actually many groups got advanced tax rulings to say exactly that.

Senator Marshall: How long has that been? Fifty years?

Dr. Davies: I think 2004.

Senator Marshall: Do you have any idea why this is coming to the surface now, why this change is happening now? What precipitated it?

Dr. Davies: Yes. The reason it's coming to the surface now is the inequitable treatment that physicians joining academic groups are getting relative to their colleagues who are simply practising in the community. Physicians practising in the community can all claim the small business deduction completely. By joining an academic group, for the reasons that I outlined, what happens is they've inadvertently treated differently.

Dr. Prieditis: Can I make one comment with regard to that because I don't think it's completely true?

Physicians that practice in groups are being treated differently than solo practitioners, and that applies to community practice in other settings as well. There are large groups of radiologists and other specialists practising in community hospitals. There are large groups of family doctors now in Ontario, especially where they've created these family health teams, encouraged by the government. You might have 20, 30, 40, even more family doctors

Dr Davies : Merci de le mentionner. Je dois apporter une précision. De nombreuses factures comportent des honoraires techniques et professionnels. Les revenus que j'ai cités excluaient les coûts techniques qui sont quand même attribués à ces médecins. Si je les incluais, nos frais généraux augmenteraient largement.

Les radiologues ont l'air de gagner beaucoup d'argent, mais ils doivent financer de l'équipement très coûteux. Je suis entièrement d'accord avec vous. Il faut tenir compte de la situation.

La sénatrice Marshall : Certains des 34 praticiens de votre groupe de 60 personnes bénéficient de la déduction pour les petites entreprises, n'est-ce pas?

Dr Davies : Oui.

La sénatrice Marshall : C'est beaucoup plus complexe que je ne le pensais, mais je comprends ce que vous dites.

Qu'est-ce qui a suscité ce changement? Le savez-vous? D'après ce qu'un de nos témoins a dit, j'ai eu l'impression que c'était en vigueur depuis l'an 2000 ou même avant. C'est en vigueur depuis un certain temps, n'est-ce pas?

Dr Davies : Qu'est-ce qui est en vigueur?

La sénatrice Marshall : Le fait que tout le monde peut demander la déduction pour les petites entreprises.

Dr Davies : Oui. Je crois que cette déduction est en place en Ontario depuis que les médecins ont pu se constituer en société et d'ailleurs, de nombreux groupes ont obtenu des décisions anticipées le confirmant.

La sénatrice Marshall : Depuis combien de temps? Cinquante ans?

Dr Davies : Depuis 2004, je pense.

La sénatrice Marshall : Savez-vous pourquoi il en est question maintenant, pourquoi ce changement est apporté maintenant? Quelle en est la raison?

Dr Davies : Oui. C'est en raison du traitement injuste des médecins qui participent à des groupes universitaires par rapport à leurs collègues qui exercent simplement dans la collectivité. Ces derniers peuvent tous bénéficier entièrement de la déduction pour les petites entreprises. On ne s'est pas rendu compte que les médecins qui se joignent à un groupe universitaire, pour les raisons que j'ai décrites, seraient traités différemment.

Dr Prieditis : Pourrais-je faire une remarque à ce sujet, car je ne pense pas que ce soit entièrement vrai?

Les médecins qui exercent en groupe sont traités différemment de ceux qui exercent seuls, mais cela vaut aussi pour ceux qui exercent dans des centres de médecine communautaire. Il y a d'importants groupes de radiologues et autres spécialistes qui exercent dans les hôpitaux communautaires. Il y a actuellement en Ontario un important groupe de médecins généralistes, là où le gouvernement a favorisé la création d'équipes de médecine

so they can provide 24-7 care. It really is that group model, and I think the academics have specific concerns about this. But it's any physician that is practising in a group model.

Senator Marshall: What you're telling us this evening is much more complex than I thought.

Have there been any discussions with finance officials or the minister to explain how the system works and the implications of dismantling the system if this proceeds, as indicated in the legislation?

Dr. Davies: Yes.

Dr. Rubin: When we became aware of this new proposed tax treatment, I wrote a letter to all 6,000 academic physicians in Ontario and encouraged them to write to the Ministry of Finance. We met with provincial-level officials, the Ontario Medical Association, who communicated all of these facts directly to the Ministry of Finance.

I'm not sure why it hasn't resonated. It may be that the construct we have here where high earners transfer money to low earners is different than in most other businesses in society. Usually the situation is that the lower earners — for example, I'll pick a law firm — would generate billings and transfer money to the higher earners. That's a for-profit enterprise. That's not what we do. We take the higher earners and money flows to the lower earners. When incorporation came about, then there was relatively more money available to support teaching and research.

This is a backward step. It's not that there will be less money; it's that the practice plans will have to change their structure to a form where they will not be able to transfer money between partners without additional financial penalty. It's not just losing the money that you're saying, "Okay, I agree to do this." It's further being penalized because you have to do that in a group environment.

Senator Marshall: Has the Ontario Minister of Health taken a position on this, or are they not involved in this at all? Because it will affect them. I'm sure the provincial Minister of Health knows that you're going to start dismantling these structures and the implication of it. What kind of reaction are you getting from them?

Dr. Rubin: With respect, I'm not in a position to respond on behalf of the Government of Ontario. We have informed them.

The Chair: Mr. Feely?

Mr. Feely: We did meet with federal financial officials, the Ontario Medical Association and explained the situation. We did ask them if they consulted with health at the provincial level, and they said no and they had no intent to do so.

familiale. Vous pouvez avoir 20, 30, 40 et même davantage de médecins généralistes qui peuvent ainsi desservir les patients 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Cela touche vraiment les groupements de praticiens et je pense que cela pose des problèmes particuliers aux universitaires. Mais cela touche tout médecin qui exerce en groupe.

La sénatrice Marshall : Ce que vous nous dites, ce soir, est beaucoup plus complexe que je ne le pensais.

Avez-vous eu des discussions avec les fonctionnaires des finances ou le ministre pour leur expliquer comment le système fonctionne et quelles seraient les conséquences de son démantèlement, si ce que prévoit la loi est appliqué?

Dr Davies : Oui.

Dr Rubin : Quand nous avons été informés de ces nouvelles dispositions fiscales, j'ai écrit une lettre aux 6 000 médecins universitaires de l'Ontario pour les inciter à écrire au ministère des Finances. Nous avons rencontré les autorités provinciales, l'Ontario Medical Association qui a communiqué directement tous ces faits au ministère des Finances.

J'ignore pourquoi nous n'avons pas été entendus. Peut-être que notre modèle selon lequel les médecins qui gagnent partagent leurs revenus avec ceux qui en gagnent moins ne correspond pas au modèle de la plupart des autres entreprises de la société. En général, ceux qui gagnent peu — par exemple dans un cabinet d'avocats — facturent leurs services et transfèrent de l'argent à ceux qui gagnent le plus. C'est une entreprise à but lucratif. Ce n'est pas ce que nous faisons. L'argent de ceux qui gagnent le plus va à ceux qui gagnent le moins. En nous associant, nous avons pu disposer de plus d'argent pour soutenir l'enseignement et la recherche.

Cette mesure est un pas en arrière. Ce n'est pas parce qu'il y aura moins d'argent; c'est parce que les médecins devront adopter un autre mode d'organisation, car ils ne pourront plus transférer de l'argent entre eux sans pénalité financière supplémentaire. Non seulement vous perdez de l'argent, mais vous êtes encore plus pénalisé parce que vous exercez en groupe.

La sénatrice Marshall : Le ministre de la Santé de l'Ontario a-t-il pris position à ce sujet ou reste-t-il entièrement en dehors de tout cela? Car cette mesure va toucher les provinces. Le ministre provincial de la Santé n'ignore certainement pas que vous allez commencer à démanteler vos groupes et que cela aura des conséquences. Quelle a été la réaction en Ontario?

Dr Rubin : Je ne suis pas en mesure de réponse au nom du gouvernement de l'Ontario. Nous l'en avons informé.

Le président : Monsieur Feely?

M. Feely : Nous avons rencontré les fonctionnaires du ministère des Finances fédéral, et l'Ontario Medical Association pour expliquer la situation. Nous leur avons demandé s'ils avaient consulté le ministère provincial de la Santé, et ils nous ont répondu que non et qu'ils n'avaient pas l'intention de le faire.

The Chair: Mr. Foley, do you have a comment?

Ray Foley, Executive Director, Ontario Association of Radiologists: A couple of things. One is that when the budget speech was made, we were told clearly and repeatedly that physicians were not impacted by this announcement. That evolved to they may be involved to they are involved. That evolved further to that was not the intent and the plan is to take physicians out of the legislation or to have some sort of amendment to fix this problem because it was recognized, as every one of the speakers has mentioned, that it had lots of problems and — you've heard the expression — "inadvertent consequences."

Senator Marshall: I would think that provincial health ministers would be very concerned to hear that. From what you're saying here this evening, a good part of our health care system is going to be dismantled or could be dismantled as a result of this amendment going through. So it's quite concerning.

If you decide to change the structure of your practice, what happens? Say the bill goes through next week, then what happens? Will physicians start to dismantle?

Dr. Rubin: What we anticipate will happen is there will be a migration to cost-sharing arrangements in which there's no provision to transfer money between partners, so that the people who are doing teaching and research, which gets paid significantly less at an hourly rate — in response to your previous comment, senator, you make a lot more money doing clinical care than teaching and research. There is funding for it, but it's not nearly as good. So if you're not able to transfer those funds within the cost-sharing arrangement from the high earners to the low earners, then the activity that's poorly remunerated is going to stop or it will be attenuated.

Senator Marshall: When the Minister of Finance appeared yesterday on this bill, we asked him how much this change was going to raise. We're always interested when there's a change in the tax act to know if this is going to be money to the good of the government or a drain on the treasury. I think the number was $70 million, which I thought was kind of low.

So that brings up a couple of things: Does that number sound reasonable and realistic to you? Somebody in their opening remarks was talking about work that had been done by Deloitte. I think that $70 million figure includes not just doctors; it would include other professionals. To put the health care system in a tailspin for $70 million doesn't seem to be worth it. Does the $70 million sound reasonable to you?

Dr. Rubin: That's for all professionals, not just doctors.

Senator Marshall: That's right. That's what I mean.

Le président : Monsieur Foley, avez-vous quelque chose à dire?

Ray Foley, directeur exécutif, Ontario Association of Radiologists : J'aurais une ou deux choses à dire. Quand il y a eu le discours du budget, on nous a dit clairement et à plusieurs reprises que cette annonce ne toucherait pas les médecins. Ensuite, on nous a dit qu'ils seraient peut-être touchés et maintenant on nous dit qu'ils le sont. On nous déclare maintenant que ce n'était pas voulu et que l'on compte exclure les médecins de la portée de la loi ou apporter un amendement quelconque pour régler la question parce qu'on a reconnu, comme chacun des témoins l'a mentionné, que cela posait de nombreux problèmes et des « conséquences inattendues ».

La sénatrice Marshall : Je suppose que cela devrait beaucoup inquiéter les ministres de la Santé des provinces. D'après ce que vous dites ici, ce soir, si ce changement est apporté, cela va démanteler ou risque de démanteler une bonne partie de notre système de soins de santé. C'est donc assez inquiétant.

Si vous décidez de changer la façon dont vous exercez la médecine, que se passera-t-il? Disons que le projet de loi est adopté la semaine prochaine, que va-t-il se passer? Les médecins vont-ils commencer à se réorganiser?

Dr Rubin : Nous nous attendons à une migration vers des ententes de partage des coûts qui ne prévoient pas de partage des revenus entre les partenaires, c'est-à-dire avec ceux qui font de l'enseignement et de la recherche, ce qui rapporte nettement à l'heure. Pour répondre à votre remarque précédente, sénatrice, les soins cliniques rapportent beaucoup plus d'argent que l'enseignement et la recherche. Il y a des subventions, mais c'est loin d'être aussi payant. Par conséquent si les modalités de partage des coûts ne permettent pas de partager les revenus entre ceux qui gagnent beaucoup d'argent et ceux qui en gagnent peu, les activités peu rémunérées vont cesser ou ralentir.

La sénatrice Marshall : Quand le ministre des Finances a comparu hier au sujet de ce projet de loi, nous lui avons demandé combien ce changement rapporterait au gouvernement. Quand la loi de l'impôt est modifiée, nous sommes toujours désireux de savoir si ce sera avantageux pour le gouvernement ou coûteux pour le Trésor public. Je pense qu'il a cité un chiffre de 70 millions de dollars, ce qui m'a paru assez faible.

Cela m'amène donc à vous poser deux questions. Ce chiffre vous semble-t-il raisonnable et réaliste? Quelqu'un a parlé dans sa déclaration d'ouverture du travail réalisé par Deloitte. Je crois que ce chiffre de 70 millions de dollars n'est pas seulement pour les médecins et inclut d'autres professionnels. Il ne semble pas justifié de mettre le système de santé en danger pour 70 millions de dollars. Ce chiffre de 70 millions de dollars vous semble-t-il raisonnable?

Dr Rubin : C'est pour toutes les professions et pas seulement pour les médecins.

La sénatrice Marshall : C'est exact. C'est ce que j'ai voulu dire.

Dr. Rubin: What will actually happen here is if doctors move from partnerships to cost-sharing arrangements so they can continue to have access to the small business deduction, there will be no net new revenue in terms of tax from the groups of doctors because —

Senator Marshall: Everybody will still be getting their deduction.

Dr. Rubin: They will be getting the deduction, but what will have happened is you will have lost the ability to support teaching and research: so no gain in taxes and destruction of the mechanism we've used for four or five decades to support teaching and research.

Mr. Foley: We met the Department of Finance officials who wrote the language for the budget in this specific area, and we asked them the question: What impact analysis have you done to assess what this means for the roughly 100,000 doctors in this country? They said they didn't do any. They said that was not their concern; that was not their primary responsibility. Their responsibility was developing tax policy. Our concern was this is about patient care policy. It does have an impact, along with who is doing it.

I would say the $70 million is a very dubious number. There's no math and no evidence behind it. If there is, it's not being revealed.

Senator Marshall: It's not reliable, anyway.

Mr. Foley: We spoke at the House of Commons committee and talked about the impacts on physicians, and those impacts are multiple. The one that got picked up was physicians leaving for the United States. That is a real concern. We have seen that before in Canada in the 1980s, 1990s and the early 2000s.

But it's more than that. It's physicians who change their practice style, as Dr. Rubin has mentioned. It's physicians retiring and changing their scope of practice. It's a whole number of things that they do that Dr. Prieditis mentioned earlier: things that are invisible to people outside of medicine. The quality element of what happens is what makes the difference in quality care. Those things slip away, and they slip away below the radar.

The Chair: We need to move forward. You've done a great job so far.

Hot off the wire, the Premier of Quebec has asked the Senate to help Quebec with this particular request from the federal government, so obviously it's gaining some momentum.

Senator Ataullahjan: I apologize for being late. There's a party going on outside and traffic is a bit slow.

Senator Marshall asked some of my questions. I heard some of the answers, but I would still like to ask you a question.

Dr Rubin : En réalité, si les médecins laissent tomber leurs partenariats pour des modalités de partage des coûts afin de continuer à bénéficier de la déduction pour les petites entreprises, le gouvernement ne tirera aucun revenu supplémentaire net de ce groupe de médecins, parce que...

La sénatrice Marshall : Tout le monde continuera de bénéficier de la déduction.

Dr Rubin : Les médecins obtiendront la déduction, mais ils ne pourront plus financer l'enseignement et la recherche. Par conséquent, vous ne gagnerez rien sur le plan fiscal et vous aurez détruit le mécanisme que nous utilisons depuis quatre ou cinq décennies pour financer l'enseignement et la recherche.

M. Foley : Nous avons rencontré les fonctionnaires du ministère des Finances qui ont rédigé les dispositions budgétaires à cet égard et nous leur avons demandé : quelle analyse d'impact avez-vous faite pour évaluer les conséquences que cela aura pour la centaine de milliers de médecins du pays? Ils ont dit qu'ils n'en avaient fait aucune. Ils ont dit que cela ne les regardait pas, que ce n'était pas leur fonction première. Leur fonction première est d'élaborer la politique fiscale. Nous nous soucions de la politique à l'égard des soins aux patients. Cela aura un impact en fonction du médecin qui sera touché.

Je dirais que le chiffre de 70 millions de dollars est très douteux. Il n'est étayé par aucun calcul et aucune donnée. S'il y en a eu, ils ne nous ont pas été révélés.

La sénatrice Marshall : Ce n'est pas un chiffre fiable, de toute façon.

M. Foley : Nous avons parlé au comité de la Chambre des communes des répercussions que cela aurait sur les médecins et ces répercussions sont multiples. Celle dont on a surtout parlé est l'exode des médecins vers les États-Unis. C'est un problème bien réel. Nous l'avons déjà constaté au Canada dans les années 1980, 1990 et au début des années 2000.

Mais il n'y a pas que cela. Les médecins vont changer la façon dont ils exercent la médecine, comme l'a dit le Dr Rubin. Ils vont quitter ou modifier leur champ d'exercice. Cela va toucher un grand nombre de leurs activités, comme le Dr Prieditis l'a mentionné : des choses invisibles pour les personnes en dehors du monde médical. C'est ce qui fait toute la différence dans la qualité des soins. Tout cela va diminuer ou disparaître.

Le président : Nous devons avancer. Vous avez fait un excellent travail jusqu'ici.

Nous venons d'apprendre que le premier ministre du Québec a demandé au Sénat de l'aider à convaincre le gouvernement fédéral d'accéder à sa demande à cet égard. Les choses sont donc en train de progresser.

La sénatrice Ataullahjan : Excusez-moi de mon retard. Il y a une réception à l'extérieur et la circulation est assez lente.

La sénatrice Marshall a posé plusieurs des questions que je désirais poser. J'ai entendu certaines des réponses, mais j'ai quand même une question à vous adresser.

Yesterday I explained to the finance minister that in any small businesses you tax, they pass on part of the expense to their clients, but physicians cannot do that because they're government-paid. But if you tax dentists or lawyers, they can always increase their fees.

Physicians are given two choices: first, either absorb the higher taxes; or — and this is my big concern — move, like doctors did in the 1980s, as you said. We already have shortages. It's so difficult in the big cities to get family doctors and to get to a specialist. I believe that the small business deduction change in Bill C-29 has the potential to further increase these shortages.

The minister was, should I say, unable to respond to my question about the negative impacts of this change on physicians and what the cost of the change will be.

Besides talking about doctors thinking of moving, what about having a meeting with the minister? Have you all met with the finance minister? Have you asked for a meeting? Has there been any response?

Dr. Prieditis: We've met with his chief of staff, some of the bureaucrats and many of the members of the Finance Committee, and this is what's a little bit disconcerting to us: We felt, based on those meetings over the last eight months or so, that this was not intended to affect physicians or patient care and that it was sort of collateral damage or unintended consequences. We've tried to emphasize, as you mentioned, physicians leaving, which is a possibility. But what I think is really concerning is that tax policy has a powerful behaviour modification aspect to it, and it's unknown what the impact will be. We think these things will happen. We've already seen some of these things, which we believe are going to negatively affect patient care. We know they will.

The existing policy has had a very positive impact on patient care because it's encouraged these groups and these big academic practices to be formed and it has encouraged family doctors and all of us in the community to work together. It's been very effective and we've moved medicine forward. Now we're going to stop doing that and we don't know what the implication is, and it seems it will be a small amount of money. We're not even sure about that cost estimate. I think, really, it requires sober second thought.

Senator Ataullahjan: I did ask the minister specifically about how much money they were hoping to get, not from the other businesses, but specifically from doctors, and I got the $70 million figure again.

Hier, j'ai expliqué au ministre des Finances que toutes les petites entreprises qui paient des impôts refilent une partie de cette dépense à leurs clients, mais que les médecins ne peuvent pas le faire parce qu'ils sont payés par le gouvernement. Par contre, si vous imposez les dentistes ou les avocats, ils peuvent toujours augmenter leurs honoraires.

Les médecins ont deux choix : soit absorber les impôts plus élevés, soit — et c'est ce qui m'inquiète beaucoup — déménager, comme ils l'ont fait dans les années 1980, comme vous l'avez dit. Nous avons déjà une pénurie de médecins. Il est très difficile, dans les grandes villes, de trouver un médecin généraliste ou d'obtenir un rendez-vous chez un spécialiste. Je crois que le changement apporté à la déduction pour les petites entreprises dans le projet de loi C-29 risque d'aggraver encore la situation.

Je dois dire que le ministre a été incapable de répondre à ma question au sujet des répercussions négatives que ces changements auraient pour les médecins et du coût de ce changement.

À part le fait que les médecins songent à partir, avez-vous rencontré le ministre? Avez-vous tous rencontré le ministre des Finances? Avez-vous demandé à le rencontrer? Vous a-t-on répondu?

Dr Prieditis : Nous avons rencontré son chef de cabinet, certains bureaucrates et de nombreux membres du Comité des finances. Ce que nous trouvons un peu déconcertant, c'est qu'il ressort de ces réunions que nous avons eues au cours des 10 derniers mois qu'on ne s'attendait pas à ce que cette mesure touche les médecins ou les soins aux patients et qu'il s'agit, en quelque sorte, de dommages collatéraux ou de conséquences imprévues. Nous avons essayé de souligner, comme vous l'avez mentionné, la possibilité que les médecins quittent le pays. Néanmoins, ce qui nous inquiète vraiment, c'est que la politique fiscale incite énormément à adopter une autre façon de faire et qu'on ignore quelles en seront les conséquences. Nous nous attendons à celles que nous avons décrites. Nous avons déjà constaté certaines de ces répercussions qui, selon nous, nuiront aux soins aux patients. Nous savons que ce sera le cas.

La politique actuelle a eu un effet très positif sur les soins aux patients parce qu'elle a favorisé la formation de grands groupes de médecine universitaire et a incité les médecins généralistes et tous les autres à travailler ensemble. Elle a été très efficace et a permis de faire progresser la médecine. Cela va maintenant cesser et nous ignorons quelles en seront les conséquences alors que la somme en jeu est peu importante. Nous ne sommes même pas certains du chiffre cité. Je crois qu'il faut vraiment y repenser à deux fois.

La sénatrice Ataullahjan : J'ai demandé au ministre combien d'argent le gouvernement espérait tirer, non pas des autres entreprises, mais des médecins, et il m'a de nouveau cité le chiffre de 70 millions de dollars.

The Chair: I must admit that I got myself a little excited here. This deals with the Quebec premier talking about another element, referring to Senator Pratte and our Banking Committee. I didn't get this on a napkin. This is on real paper.

Let's move forward with Senator Neufeld.

Senator Neufeld: Thank you, doctors, for being here. I have been in the hospital, because of my heart, in Ottawa, and I do use a pacemaker, so I don't want you guys to leave.

Many good questions have been asked. We had the minister here yesterday, and when it came to the consumer protection issue that the chair just talked about — that's another issue in this bill — the minister, to me, just seemed to say, "Look, I don't care what it does; this is what we're doing."

I would say you folks have told me the same thing: He doesn't care; this is what's happening. That's really unfortunate. In fact, it's pretty thoughtless, to be perfectly honest. I don't usually get too political in these meetings, but it is pretty thoughtless.

But would you say, then, that if in fact these things happen — if it carries on and they don't make any changes — and a lot of doctors go back to a solo practice, that it will transfer a huge cost to the province, whichever province it is, to do those things that you do now?

Have you got a number around what would happen if, let's say, you didn't do the training anymore or you did but the province had to kick in the money to actually do it? Would you have to up the fees so you could actually pay for that? Is there a number that you can give us for Ontario, at least, that could help us?

The Chair: Mr. Feely, do you want to answer that question?

Mr. Feely: I would like to and I'm sure other panellists have information that they would like to put in.

From the research we've received, I can tell you a couple of things: 61 per cent of physicians said their group practice would dissolve; 75 per cent said they would lose partners.

You could look at it from a financial perspective, but the real impact will actually be on patient care. It will be a lack of access to some highly valued and needed specialized services that these group medical structures provide to Canadians.

Senator Neufeld: I understand the patient care stuff very well. I understand what you're saying.

Apparently, the minister doesn't care about patient care, but maybe he'll care about some numbers. The Minister of Health in Ontario, I can't imagine why he's not involved.

Le président : Je dois reconnaître que je me suis un peu trop excité. C'est au sujet du premier ministre du Québec qui faisait allusion à un autre élément du projet de loi relevant du sénateur Pratt et de notre Comité des banques. Je n'ai pas reçu la nouvelle sur une serviette, mais sur du vrai papier.

C'est au tour du sénateur Neufeld.

Le sénateur Neufeld : Merci, docteurs, d'être venus. J'ai été hospitalisé, à Ottawa, à cause de mon cœur et comme j'ai un stimulateur cardiaque, je ne veux pas vous laisser partir.

Un grand nombre de bonnes questions ont été posées. Le ministre est venu ici, hier, et à propos de la disposition concernant la protection des consommateurs dont le président vient de parler — un autre élément du projet de loi —, le ministre a eu l'air de dire : « Peu m'importe les conséquences; telle est notre décision. »

Vous semblez être du même avis : les conséquences lui importent peu; c'est comme ça et pas autrement. C'est vraiment regrettable. À mon avis, c'est une décision irréfléchie. J'évite généralement de faire trop de politique dans ces réunions, mais c'est vraiment une mauvaise décision.

Néanmoins, si cette mesure est adoptée et que le gouvernement n'apporte pas d'amendements et si de nombreux médecins vont exercer chacun de leur côté, pensez-vous que cela transférera un coût énorme à la province, quelle qu'elle soit, qui devra alors se charger de ce que vous faites actuellement?

Avez-vous une idée de ce qui arrivera si vous ne faites plus de formation ou si la province doit débourser de l'argent pour que vous en fassiez? Seriez-vous obligé d'augmenter vos honoraires pour financer ces activités? Pouvez-vous nous citer au moins un chiffre pour l'Ontario afin de nous éclairer?

Le président : Monsieur Feely, voulez-vous répondre à cette question?

M. Feely : Certainement, et je suis sûr que les autres témoins aimeraient fournir certains renseignements.

D'après les données que nous avons reçues, je peux vous dire deux choses : 61 p. 100 des médecins ont déclaré qu'ils cesseraient d'exercer en groupe; 75 p. 100 ont dit qu'ils perdraient des associés.

Vous pouvez considérer la situation du point de vue financier, mais le véritable impact sera sur les soins aux patients. Les patients n'auront plus accès aux services spécialisés très appréciés et très recherchés que ces groupements de médecins apportent aux Canadiens.

Le sénateur Neufeld : Je comprends très bien la question des soins aux patients. Je comprends ce que vous voulez dire.

Apparemment, le ministre ne se soucie pas des soins aux patients, mais peut-être s'intéressera-t-il à certains chiffres. Je n'arrive pas à comprendre pourquoi le ministre de la Santé de l'Ontario ne s'en mêle pas.

I'm going to phone my Minister of Health in British Columbia tomorrow and ask him what they're doing about it, because it would transfer a huge amount of costs back onto the provinces. Having been a member of the legislature in British Columbia for years, I know how difficult it is to fund health care.

Mr. Feely: One of the shocking numbers I heard tonight was when Dr. Rubin talked about two thirds of medical research and teaching being paid for today out of physicians' pockets. That's something that the government is not paying for.

Senator Neufeld: Exactly. How much is that two thirds? Do you have some kind of a number?

The Chair: Do you folks have numbers? It would be very helpful.

Senator Neufeld: If you don't have it, I'd rather you not grab something. I'd rather have you provide that to the clerk for us, if you would, please.

Dr. Rubin: I would be comfortable in responding that that two-thirds number comes from talking to my colleagues that lead the 16 teaching hospitals in Ontario and asking, "How much does it cost each one of your practice plans?" That's a cumulative average.

We've never tried to attach a dollar amount, so I'm not going to make up a figure. Thank you for not asking us to. Whatever that number is, it's a huge amount, and it's being borne by doctors. Going forward, exactly as the chair suggested, this will have to be borne by the provinces or the activities will decrease.

Senator Andreychuk: I'm glad that Senator Marshall went ahead of me. She has set the stage very well.

I'm trying to understand. You're here on academic teaching practices. What about the practices that doctors come together for cost sharing? You're not representing them; is that correct? There are some that aren't doing any teaching; there's no academic component. But doctors are being encouraged in my province to have community clinics so they can stay open 24 hours. Are you representing any of those groups, or are they accepting that it's going to be a different model for them?

Dr. Davies: Doctors who are purely in a cost-sharing arrangement like you have described are not affected. We wouldn't be representing them because they don't need representing.

Senator Andreychuk: Your main concern is teaching and supporting those who are bringing innovation and expertise?

Dr. Davies: Doctors practising in partnerships and actually redistributing income among the partners are those that are affected. Doctors who have purely cost-sharing arrangements are not affected.

Je vais téléphoner demain au ministre de la Santé de la Colombie-Britannique pour lui demander ce qu'il va faire, car cela va imposer des coûts énormes aux provinces. Ayant été député à la Chambre législative de la Colombie-Britannique pendant des années, je sais combien il est difficile de financer les soins de santé.

M. Feely : Le Dr Rubin a mentionné un chiffre sidérant, ce soir, quand il a dit qu'actuellement, les deux tiers de l'argent déboursé pour la recherche et l'enseignement médical sortent de la poche des médecins. Ce n'est pas le gouvernement qui paie.

Le sénateur Neufeld : Exactement. Quelle somme représente ces deux tiers? Avez-vous un chiffre?

Le président : Avez-vous des chiffres? Ce serait très utile.

Le sénateur Neufeld : Si vous n'avez pas les chiffres, je préfère que vous n'en citiez pas au hasard. Je vous demanderais plutôt de les fournir au greffier, si vous le voulez bien.

Dr Rubin : Je peux vous répondre que ce chiffre des deux tiers vient de mes collègues qui dirigent les 16 hôpitaux universitaires de l'Ontario et à qui j'ai demandé : « Combien coûte chacun de vos plans de pratique? » C'est une moyenne cumulative.

Nous n'avons jamais essayé d'établir une valeur monétaire et je ne vais donc pas citer des chiffres. Merci de ne pas nous le demander. Quel que soit ce chiffre, il est considérable et ce sont les médecins qui l'assument. Exactement comme le président l'a laissé entendre, à l'avenir, cette dépense devra être assumée par les provinces ou les activités diminueront.

La sénatrice Andreychuk : Je suis contente que la sénatrice Marshall m'ait précédée. Elle m'a très bien préparé le terrain.

J'essaie de comprendre. Vous êtes ici pour parler des groupes de médecins qui font de la formation universitaire. Qu'en est-il de ceux qui s'unissent pour partager les frais? Vous ne les représentez pas, n'est-ce pas? Certains groupes ne font aucun enseignement, n'ont aucune activité universitaire. Néanmoins, dans ma province, on incite les médecins à créer des cliniques communautaires pour qu'ils puissent être disponibles 24 heures sur 24. Représentez-vous certains de ces groupes ou reconnaissent-ils que ce sera différent pour eux?

Dr Davies : Les médecins qui se regroupent uniquement pour partager les frais, comme vous l'avez décrit, ne sont pas touchés. Nous ne les représentons pas, car ils n'en ont pas besoin.

La sénatrice Andreychuk : Vous vous souciez surtout de l'enseignement et du soutien aux médecins qui apportent des innovations et des connaissances spécialisées?

Dr Davies : Les médecins qui sont touchés sont ceux qui exercent en groupe et redistribuent les revenus entre eux. Les médecins qui se regroupent seulement pour partager les frais ne sont pas touchés.

Dr. Prieditis: In answer to your question, I think it's important to emphasize that it's not just teaching centres. It's very acute in the teaching centres because of the way they do things, but this applies to any physician group in the country that is working together as a group. Once you form that group and pool your earnings and distribute it, any group will have other roles that physicians will have to take.

Senator Andreychuk: But it's pooling income that's the key here, where cost sharing is not. Cost sharing gets you into what law practices are doing, et cetera. If there is any element in a community practice where there is some pooling, that's really the nub of your issue. That's accelerated, of course, in the academic component.

Dr. Prieditis: That seems to be the issue. Again, I want to emphasize that a lot of things that doctors do, they don't get paid for, but they're good things. Teaching is one example, and research, but there's also administration, quality control and supervision of other professionals, of technologists. All of these things require some element of non-remunerative work. That's not applied proportionally. In any of these groups, you will have people assigned with different tasks, and some people will be able to work clinically all the time, and other people will have to do more of those other things. We're trying to find a way to make it fairer, to encourage people to do all of those activities.

Senator Andreychuk: I know of doctors who are together, and I believe they're cost sharing. A lot of doctors do a lot of added service to the community. Lawyers and accountants do that, responsible professionals.

What I'm trying to get at is this: Is the pooling of resources the key to your problem, and does it go beyond academic and teaching institutions into these other forms of clinics?

Mr. Feely: Yes. So it is the pooling of revenue that's brought into the practice in academic centres, but also in community group practices where they are pooling revenue to provide a comprehensive range of specialized care services.

Dr. Rubin: I would emphasize that all groups in academic health science centres or teaching hospital pool income, 100 per cent, whereas in the community there may be some of this activity, but the vast majority do not. They function as solo practitioners or work in cost-sharing arrangements. That's why we're discussing this relative difference of the impact of this tax treatment in teaching centres versus in the community.

Senator Andreychuk: Did you suggest to the officials that there's a reverse onus sometimes in the income tax? You have to prove that you didn't set it up to evade taxes or to maximize, that

Dr Prieditis : Pour répondre à votre question, je crois important de souligner qu'il ne s'agit pas seulement des centres de médecine universitaire. Ces centres sont particulièrement touchés en raison de la façon dont ils travaillent, mais cela s'applique à tous les groupes de médecins du pays qui travaillent conjointement. Tout groupe de médecins qui met ses revenus en commun et se les partage remplit d'autres fonctions dont les médecins doivent se charger.

La sénatrice Andreychuk : Cela dépend donc de la mise en commun des revenus plutôt que du partage des coûts. Les cabinets d'avocats ou d'autres professions partagent également leurs coûts. Si un groupe de médecins met ses revenus en commun, c'est là que le problème se pose. C'est encore plus vrai, bien sûr, s'il a des activités d'enseignement.

Dr Prieditis : Cela semble être le problème. Je tiens à souligner, encore une fois, que les médecins font un tas de choses pour lesquelles ils ne sont pas rémunérés. L'enseignement et la recherche en sont des exemples, mais il y a aussi l'administration, le contrôle de la qualité et la supervision d'autres membres de la profession médicale ou des technologues. Toutes ces fonctions exigent une certaine quantité de travail non rémunéré. Ce n'est pas réparti proportionnellement. Dans chacun de ces groupes, il y a des gens chargés de tâches différentes, certaines personnes qui s'occuperont toujours des patients tandis que d'autres se consacreront davantage à d'autres activités. Nous cherchons à ce que ce soit plus équitable et à inciter les médecins à se livrer à ces différentes activités.

La sénatrice Andreychuk : Je connais des médecins qui sont regroupés et je crois qu'ils partagent leurs frais. De nombreux médecins fournissent des services supplémentaires à la collectivité. Les avocats et les comptables le font aussi, les gens conscients de leurs responsabilités.

Voilà où j'essaie d'en venir : est-ce surtout la mise en commun des ressources qui vous pose un problème et cela touche-t-il aussi les cliniques autres que les centres de médecine universitaire?

M. Feely : Oui. Il y a la mise en commun des revenus dans les centres universitaires, mais aussi dans les cliniques communautaires qui mettent leurs revenus en commun afin de pouvoir fournir une gamme complète des services de soins spécialisés.

Dr Rubin : J'insiste sur le fait que tous les médecins des centres de sciences de la santé ou des hôpitaux universitaires mettent leurs revenus en commun, 100 p. 100 d'entre eux, et que quelques groupes de médecins de la collectivité le font peut-être aussi, mais pas la majorité d'entre eux. Les médecins travaillent seuls ou se regroupent pour partager les frais. Voilà pourquoi nous parlons de la différence relative des répercussions de cette mesure fiscale dans les centres de médecine universitaire par rapport aux autres médecins.

La sénatrice Andreychuk : Avez-vous mentionné aux fonctionnaires que le fardeau inversé de la preuve s'applique parfois à l'égard de l'impôt sur le revenu? Vous devez prouver que

you set up your system for a health benefit. Did they buy into that argument? In other words, rather than exempting you totally, one option would be to say that you can prove your case and that you should continue under the basic structure now, or was it simply that you're making your case as it is to maintain your position?

Dr. Rubin: It's hard to speculate why they don't understand. I would say the structure, the concept of having this redistribution of income within the group is so different than so many other elements in society that maybe — I'm purely speculating — this just didn't resonate. The fact is that if this goes through, there will be less teaching and research in Canada, and our health care system and patients will suffer.

Dr. Davies: I think it's important to realize that this probably just snuck up on them, because the concept of pooling incomes in order to support these things predates the Canadian health care system, where you have a central payer. It's also not unique to Canada. Mayo Clinic is well known. Basically, they have clinicians and researchers, and they each respect each other and practice in tandem together. The clinician knows the researcher is important, the researcher knows the clinician is important, and they respect each other.

This is something where doctors adapted the changing system in order to keep doing something which is really, if you like, a tradition. What has happened in Canada is we've made it work very well. Teaching and education has never been on the table because we've always managed to adapt the system in order to be able to make it work. Basically, it's not a problem that people have discussed because it's never been a problem.

The unique thing that's happening now is that, inadvertently, there's a change in the tax rulings that all of a sudden strikes right at the heart of this. That's never happened to us before.

Dr. Rubin: I might add that not only has it not happened, we're actually over-performing. We are world leaders in educational models that are used elsewhere. Pick your area of disease and I will tell you about a Canadian who is leading in that field. There has been no attention brought to this because we're doing so well.

There's a reason why the best treatments come out of the Mayo and Cleveland clinics. It's because they participate in these group models where you have different practitioners working together for the common good, recognizing that the way health care is set up, you get paid more for doing a thing to a patient — an angioplasty, a stent, whatever it is — than you do by sitting like this and talking to the person.

Senator Andreychuk: I know your clinic very well. The interrelationship between the doctors is the success story of the Mayo. You can go to one general practitioner and you get

vous n'avez pas organisé votre système pour éviter l'impôt ou augmenter vos bénéfices au maximum, mais dans l'intérêt de la santé. Se sont-ils rendus à cet argument? Autrement dit, au lieu de vous exonérer entièrement, une solution serait de dire que vous pouvez prouver le bien-fondé de votre position et maintenir votre mode d'organisation actuel ou avez-vous simplement présenté vos arguments pour défendre votre position?

Dr Rubin : Il est difficile de dire pourquoi les fonctionnaires ne comprennent pas. Peut-être que la structure, l'idée d'avoir une redistribution des revenus au sein du groupe s'écarte tellement de ce qui se passe dans la plupart des autres secteurs de la société que cela n'évoque rien pour eux, mais c'est une simple hypothèse. Le fait est que si cette mesure est adoptée, il y aura moins d'enseignement et de recherche au Canada et que ce sera aux dépens de notre système de soins de santé et de nos patients.

Dr Davies : Je crois important de se rendre compte que cela les a probablement surpris, car l'idée de mettre les revenus en commun pour financer ce genre de choses date d'avant la mise en place du système de soins de santé canadien où vous avez un payeur central. Cela n'existe pas non plus uniquement au Canada. La clinique Mayo est bien connue. Elle a des cliniciens et des chercheurs qui se respectent mutuellement et qui travaillent ensemble. Le clinicien sait que le chercheur est important, le chercheur sait que le clinicien est important et ils se respectent mutuellement.

Les médecins ont adapté le nouveau système pour continuer à faire ce qui constituait, en fait, une tradition. Il se trouve que cela a très bien fonctionné au Canada. L'enseignement et l'éducation n'ont jamais été au centre des discussions parce que nous avons toujours réussi à adapter le système pour qu'il fonctionne bien. Les gens n'en ont pas parlé parce que cela n'a jamais posé de problème.

Ce qui se passe maintenant, c'est qu'on a apporté, par inadvertance, un changement aux règles fiscales qui bouleverse tout à coup l'ordre établi. Cela ne nous est jamais arrivé avant.

Dr Rubin : J'ajouterais que non seulement ce n'était pas arrivé, mais que nous nous surpassons. Nous sommes des chefs de file mondiaux de l'enseignement de la médecine. Choisissez une maladie et je vous parlerai d'un Canadien qui est un chercheur renommé dans ce domaine. Nous n'avons pas attiré l'attention sur nous parce que nous nous débrouillons très bien.

Si les meilleurs traitements viennent des cliniques Mayo et Cleveland, il y a une bonne raison à cela. C'est parce que ces cliniques ont adopté les modèles de soins où différents praticiens travaillent ensemble pour le bien commun, en reconnaissant qu'étant donné la façon dont le système de santé est organisé, vous êtes mieux payé pour une intervention médicale comme une angioplastie, une endoprothèse vasculaire, et cetera, qu'en parlant avec le patient.

La sénatrice Andreychuk : Je connais très bien votre clinique. La clinique Mayo doit son succès aux relations entre les médecins. Vous pouvez consulter un généraliste et il va vous adresser à un

referred to one specialist. We need doctors who talk to each other and work together. That's the essence of excellence, to me, in medicine.

Dr. Davies: We're doing a good job, and what we're asking you is to let us keep doing it.

Mr. Foley: We did speak to Department of Finance officials about the question you asked earlier, and their view was very clear. They saw that physicians work in partnerships, in the legal sense of the term "partnership." They could not really conceive of this notion of cost-sharing, along with the fact that they did not really delve into understanding what the consequences were.

One other point is that community practice or group practice, as we know it, has evolved such that, certainly in provinces like Ontario, Alberta and B.C., the more urban provinces, community groups are as large as academic groups. Perhaps the University of Toronto group is an exception, at least in the context of radiology. But it's not uncommon that radiologists work in groups of 30, 40, in some places 50 radiologists who are providing highly specialized programs that are a tertiary level of care, involved in providing teaching as part of the outreach of medical programs.

When we talk about groups, just so you have a clear number in your mind, it can be anywhere from 10 radiologists in radiology, similarly in some other areas, to 50. The group in Edmonton, for example, is about 110 radiologists.

The Chair: We need to move on. Do you have one last quick question?

Senator Andreychuk: There was a news story out saying that the finance ministry, I guess, is looking to tax medical and dental benefits in private plans, which got me thinking about why there is this attention on taxing "medical" when our system is so fragile? We're going into negotiations with the provinces. We want to keep the kind of medical care that at least we have now and improve on it.

It seems the finance ministry is looking at ways to chip away. I wonder, why isn't the Minister of Health looking at all of this first to see what kind of plan and then cost it out and see where the inequities are and the justifications for taxing? I take it that it has all been the finance department? Is that correct?

Mr. Foley: From our point of view, yes.

The Chair: How many doctors do we have in our country? How many doctors would work within the framework that you are alluding to, just so we have a perspective?

Mr. Feely: There are approximately 82,000 practising physicians. About 15,000 would be practising in the group structures.

The Chair: So 15,000 to 16,000?

Mr. Feely: Correct.

spécialiste. Nous avons besoin de médecins qui parlent entre eux et travaillent ensemble. Selon moi, c'est la clé du succès en médecine.

Dr Davies : Nous faisons du bon travail et nous vous demandons de nous laisser continuer.

M. Foley : Nous avons parlé avec les fonctionnaires du ministère des Finances de la question que vous avez posée tout à l'heure et leur point de vue était très clair. Ils considèrent que les médecins travaillent en partenariat, au sens juridique du terme. Ils ne pouvaient pas vraiment concevoir la notion de partage des coûts et ils n'ont pas non plus vraiment cherché à comprendre quelles seraient les conséquences de ce changement.

D'autre part, l'exercice de la médecine en groupe tel que nous le connaissons a évolué si bien que dans des provinces comme l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, les provinces les plus urbanisées, les cliniques communautaires sont aussi nombreuses que les groupes de médecine universitaire. Peut-être à l'exception du groupe de l'Université de Toronto, du moins dans le contexte de la radiologie. Néanmoins, il est assez fréquent que les radiologues travaillent en groupe de 30, 40 et même parfois 50, et fournissent des programmes très spécialisés de soins tertiaires en faisant aussi de l'enseignement dans le cadre de leurs activités médicales.

Lorsque nous parlons de groupes, pour vous en donner une idée précise, en radiologie, comme dans d'autres domaines, il peut y avoir entre 10 et 50 radiologues. Le groupe d'Edmonton, par exemple, compte environ 110 radiologues.

Le président : Nous devons avancer. Avez-vous une brève question?

La sénatrice Andreychuk : Les médias ont annoncé que le ministère des Finances, je crois, songerait à taxer les prestations médicales et dentaires des régimes privés, ce qui me pousse à me demander pourquoi on cherche tellement à taxer les soins de santé alors que notre système est si fragile? Nous allons entamer des négociations avec les provinces. Nous voulons au moins conserver les soins médicaux que nous avons maintenant et les améliorer.

Apparemment, le ministère des Finances cherche des moyens de les effriter. Je me demande pourquoi la ministre de la Santé ne commence pas par examiner tout cela pour voir de quel genre de plan il s'agit et combien cela coûterait, quelles sont les iniquités et les raisons d'imposer ces taxes? Je suppose que cela vient entièrement du ministère des Finances, n'est-ce pas?

M. Foley : Nous pensons que oui.

Le président : Combien de médecins avons-nous au Canada? Combien de médecins travaillent dans le genre de groupe dont vous parlez afin que nous en ayons une meilleure idée?

M. Feely : Il y a environ 82 000 médecins en exercice. À peu près 15 000 exercent au sein d'un groupe.

Le président : Donc 15 000 à 16 000?

M. Feely : C'est exact.

Senator Mockler: Doctors, thank you very much. I want to congratulate you on what you do for the health care system in Canada. You have very good reputations, but I can share with you that as a parliamentarian and a senator, in the last 48 hours this has been quite an issue in Atlantic Canada. I know the premiers are in town tomorrow meeting with the Prime Minister, and I guess a certain government has a funny way of doing things.

In Atlantic Canada, a lot of service we get is because we have smaller clinics to an extent. Then when it comes to more professional services, some of our people go to the Mayo Clinic. Some will go to Halifax or Saint John. Where I come from, northwestern New Brunswick, they go to Quebec. That said, can you give me an idea of how many medical clinics would be impacted?

[*Translation*]

Dr. Marcoux, what is the situation in the provinces of Prince Edward Island, New Brunswick, Nova Scotia, and Newfoundland and Labrador?

Dr. Marcoux: I cannot give you a sector-by-sector answer for those provinces, but there are group practice organizations for specialty medicine in all the hospitals.

[*English*]

The Chair: We know, senator, that 16,000 doctors participate in these groups.

Senator Mockler: Do you have it broken down for Atlantic Canada?

Mr. Feely: We don't have it broken down by province, but it would be roughly anywhere between 20 to 30 per cent.

Senator Mockler: If I look at a figure, I could say 20 to 30 per cent and that would be very reasonable.

Mr. Feely: I think I would be more comfortable with 20.

The Chair: That's for the Maritime provinces.

Dr. Prieditis: If I can comment on that, in terms of radiology, it's about 95 per cent plus. Almost every radiologist in the country practices in a group model.

Senator Mitchell: Dr. Rubin, I'm interested in your comparison with the Mayo Clinic, where you say there's a really strong model that works extremely effectively. No question about it, I'm sure, but they don't have these tax shelters, so how is it that that model works there? Isn't there some way that it wouldn't work here?

Dr. Davies: I'm sorry; I don't think we were speaking to the Mayo Clinic's tax model or economic model. What we were speaking to is that the model of people who are doing research and one level of activity and then sharing resources and respecting

Le sénateur Mockler : Docteurs, merci beaucoup. Je tiens à vous féliciter de ce que vous faites pour le système de soins de santé du Canada. Vous avez d'excellentes réputations, mais je peux vous dire, à titre de parlementaire et de sénateur, que c'est un dossier dont on a beaucoup parlé, dans la région de l'Atlantique, au cours des dernières 48 heures. Je sais que les premiers ministres des provinces seront en ville demain pour rencontrer le premier ministre et je crois qu'un certain gouvernement a une drôle de façon de faire les choses.

Dans la région de l'Atlantique, les services que nous obtenons résultent largement du fait que nos cliniques sont petites. Pour obtenir des services plus spécialisés, certains de nos concitoyens vont à la clinique Mayo. D'autres vont à Halifax ou à Saint John. Les gens de ma région, du nord-ouest du Nouveau-Brunswick, vont à Québec. Cela dit, pouvez-vous me donner une idée du nombre de cliniques médicales qui seraient touchées?

[*Français*]

Docteur Marcoux, qu'en est-il pour les provinces de l'Île-du-Prince-Édouard, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve-et-Labrador?

Dr Marcoux : Je ne peux pas vous répondre de façon sectorielle pour ces provinces, mais on retrouve des organisations de pratique de groupe pour la médecine spécialisée dans tous les hôpitaux.

[*Traduction*]

Le président : Nous savons, sénateur, que 16 000 médecins font partie de ces groupes.

Le sénateur Mockler : Savez-vous combien ils sont dans la région de l'Atlantique?

M. Feely : Nous n'avons pas ventilé les chiffres par province, mais ce doit être environ 20 à 30 p. 100.

Le sénateur Mockler : Si je prends votre chiffre, 20 à 30 p. 100 me semblent très raisonnables.

M. Feely : Je pense que je dirais plutôt 20 p. 100.

Le président : C'est pour les provinces des Maritimes.

Dr Prieditis : Si vous le permettez, j'ajouterais que pour la radiologie, c'est plus de 95 p. 100. Presque tous les radiologues du pays exercent en groupe.

Le sénateur Mitchell : Docteur Rubin, je m'intéresse à votre comparaison avec la clinique Mayo où il y a, dites-vous, un modèle vraiment solide qui fonctionne extrêmement bien. Je n'en doute nullement, mais comme ces médecins n'ont pas ces abris fiscaux, comment expliquez-vous que ce modèle fonctionne là-bas? Est-ce dû à des facteurs qui ne fonctionneraient pas ici?

Dr Davies : Désolé; je ne pense pas que nous ayons parlé du modèle fiscal ou économique de la clinique Mayo. Nous parlions du modèle selon lequel des gens font de la recherche et partagent leurs ressources avec des gens qui se consacrent surtout des

and joining together with people doing predominantly clinical activity, which is also what pays in the Mayo Clinic, is a proven model for producing excellence.

Senator Mitchell: What I'm saying is that they do it without this small business tax shelter because they don't have a deferral.

Dr. Rubin: I'm happy to respond. Knowing many doctors who work at Mayo, we actually collaborate with them. We are doing the biggest trial in the world right now with them on precision molecular medicine. They're able to do it because of the fees they generate for the services they provide and the incredible philanthropic support of the Mayo Clinic. People who go there tend to provide over and above the fees that they pay. They share in the vision and they support the hospital.

Now, this happens in Canadian hospitals as well, but not to the extent that they have. It's a combination of those two that renders the requirement to have this type of tax structure. It's just not essential to make it happen, and the proof is that it works great.

The Chair: And it's fairly expensive to be operated on in the States if you don't have tremendous insurance.

[*Translation*]

Senator Mockler: My last question is for Dr. Marcoux. You may be familiar with New Brunswick's "Vivre sa santé en français" initiative. What impact would the measure we are discussing today have on a young organization such as the Société Santé en français?

Dr. Marcoux: Any attack on group practice will have an impact, especially in specialized medicine, where specialist physicians come together to practise in their specialized fields. They are supported by their colleagues, who use their expertise and bring in more money. They ultimately share the income, thereby striking a balance.

In New Brunswick as elsewhere, those practices exist. Instruction and research also take place in all settings, at all levels. So we will lose a lot of expertise. There is no doubt that the very large, state-of-the-art centres in Canada that recruit people from outside will lose more expertise; what doctor would come here to practise in a model where those with a low volume and low income will not be supported by their colleagues? Those doctors will stay where they are or go elsewhere.

If I may, Senator Smith, I would like to add that we would not be discussing the current model if it were not a public health model. In a public health care system, as physicians, we cannot transfer the costs, which are increasing, to our patients, because the care is free for them. If we do not transfer those costs to the patients, they will have to be transferred to the government or

activités cliniques, avec qui ils travaillent et qu'ils respectent. Ce modèle sert également la clinique Mayo, car il a fait ses preuves pour donner d'excellents résultats.

Le sénateur Mitchell : Je veux dire que la clinique Mayo le fait sans l'avantage fiscal accordé aux petites entreprises, sans report d'impôt.

Dr Rubin : Je me fais un plaisir de répondre. Nous connaissons de nombreux médecins qui travaillent à la clinique Mayo et nous collaborons avec eux. Nous sommes en train de réaliser actuellement avec eux les plus grands essais cliniques au monde dans le domaine de la médecine moléculaire de précision. Nos collègues peuvent le faire grâce aux honoraires tirés des services qu'ils fournissent et du soutien philanthropique incroyable dont bénéficie la clinique Mayo. Les gens qui vont là-bas ont tendance à payer davantage que les honoraires exigés. Ils soutiennent la clinique et partagent sa vision.

Cela arrive également dans les hôpitaux canadiens, mais pas dans la même mesure. C'est pour cela que nous avons besoin de cette disposition fiscale. Pour Mayo, ce n'est pas essentiel et cela fonctionne très bien.

Le président : Et il est assez coûteux de se faire opérer aux États-Unis si vous n'avez pas une assurance formidable.

[*Français*]

Le sénateur Mockler : Ma dernière question s'adresse au Dr Marcoux. Vous connaissez peut-être l'initiative « Vivre sa santé en français », qui est en vigueur au Nouveau-Brunswick. Quel impact cette mesure dont il est question aujourd'hui aurait-elle sur une jeune organisation comme la Société Santé en français?

Dr Marcoux : Toute atteinte à la pratique de groupe aura des impacts, surtout en ce qui a trait à la médecine spécialisée dans le cadre de laquelle des médecins spécialistes se regroupent pour exercer leur domaine d'expertise pointu. Ils sont soutenus par leurs collègues qui font des expertises et qui rapportent plus d'argent et, à la fin, ils partagent les revenus et cela crée un équilibre.

Au Nouveau-Brunswick comme ailleurs, ces pratiques existent. On retrouve également l'enseignement et la recherche dans tous les milieux, à différents niveaux. On perdra donc beaucoup d'expertise. Il est certain que les très grands centres de pointe au Canada qui recrutent des gens de l'extérieur y perdront davantage, car, quel médecin souhaiterait venir pratiquer ici selon un modèle où celui qui a peu de volume et peu de revenus ne sera pas soutenu par ses collègues? Ce médecin restera où il est ou bien il ira ailleurs.

Si je peux me permettre, sénateur Smith, j'aimerais ajouter que, en ce qui concerne le modèle actuel, on n'aurait pas à discuter de cela si notre modèle n'était pas un modèle de régime de santé public. Dans le cadre d'un régime de santé public, nous ne pouvons pas, en tant que médecins, transférer à notre patient les coûts à notre charge et qui s'accroissent, parce que les soins sont

elsewhere, probably to the provinces, which will have to cover them. Otherwise, as has been well demonstrated here, these services will be reduced, destroyed, and that is tragic for Canada, which is a leader in research. We have recently had some very eloquent examples of this.

In Canada, the quality of our physicians is connected to the education they receive. The education is generous and is given at the postgraduate level, in particular. When you leave university, you are a doctor, but the learning takes place particularly in hospitals. Doctors acquire cutting-edge expertise because they are supported by groups of physicians who generously volunteer their time to train them.

So as far as research, teaching and advanced medicine are concerned, how can we, even in a very large centre, support a doctor who practises an advanced specialty where there are few cases? Often those cases are recognized less than the more common ones. This is a real issue with our public health system. If the system were not public, the patient would be billed. This is why medicine is not comparable to accounting or law. Of course, the measure will hurt them a little and they will not like it, but the difference will appear on the bill, and someone will absorb it.

The Chair: Thank you, Dr. Marcoux.

[*English*]

Who is going to wrap up?

Dr. Rubin: May I suggest that Mr. Feely wrap up for us?

The Chair: Mr. Feely, will you say a few words to close this off?

Mr. Feely: Thank you very much.

I think the key is we need to exempt group medical practices from this piece of legislation so that they can continue to provide a wide range of specialty care, support medical research and teaching in Canada.

The Chair: Dr. Prieditis, you have 15 to 30 seconds, because I know that you wanted to say something.

Dr. Prieditis: We have heard lots of arguments about why we believe this law should be changed or physicians should be exempted. I think the biggest issue is the uncertainty around the impact on patient care. We believe it will be very significant for very little revenue. We strongly encourage the Senate to carefully think this through.

gratuits pour lui. Si nous ne transférons pas ces coûts au patient, il faudra les transférer à l'État ou ailleurs, probablement aux provinces, qui vont devoir les assumer. Sinon, comme cela a été bien démontré ici, ces services seront diminués, anéantis, et c'est tragique pour le Canada, qui est un chef de file dans le domaine de la recherche. Nous en avons eu des exemples très éloquents tantôt.

Au Canada, la qualité de nos médecins est liée à l'enseignement qui leur est donné. C'est un enseignement qui est généreux et postuniversitaire, en particulier. Quand on sort de l'université, on est médecin, mais c'est dans les hôpitaux que se fait particulièrement cet enseignement. Les médecins acquièrent une expertise de pointe, parce qu'ils sont pris en charge par des groupes de médecins qui donnent généreusement de leur temps pour les former.

Alors, en ce qui concerne la recherche, l'enseignement et la médecine de pointe, comment faire vivre, même dans un très grand centre, un médecin qui exerce une spécialité de pointe où il y a peu d'actes? Souvent ces actes-là ne sont pas plus reconnus que ceux qui sont plus fréquents. Il y a vraiment là un problème qui est lié à notre système de santé public. S'il ne s'agissait pas d'un système de santé public, on refilerait la facture au patient. C'est pour cela que le domaine de la médecine n'est pas comparable à celui des comptables et des avocats. Bien entendu, la mesure leur fera un peu mal et ils ne l'aimeront pas, mais la différence apparaîtra sur la facture, et quelqu'un va l'absorber.

Le président : Merci, docteur Marcoux.

[*Traduction*]

Qui va conclure?

Dr Rubin : Pourrais-je suggérer que M. Feely récapitule pour nous?

Le président : Monsieur Feely, voulez-vous dire quelques mots en guise de conclusion?

M. Feely : Merci beaucoup.

Je pense que l'essentiel est qu'il faut exempter de cette mesure les médecins qui exercent en groupe afin qu'ils puissent continuer à fournir un vaste éventail de soins spécialisés, soutenir la recherche médicale et l'enseignement au Canada.

Le président : Docteur Prieditis, vous avez 15 à 30 secondes, car je sais que vous vouliez dire quelque chose.

Dr Prieditis : Nous avons entendu de nombreux arguments quant aux raisons pour lesquelles nous croyons qu'il faudrait modifier cette loi ou en exempter les médecins. Le principal problème, je pense, est l'incertitude à l'égard de ses répercussions sur les soins aux patients. Nous croyons qu'elles seront très importantes alors que cela rapportera très peu d'argent. Nous recommandons vivement au Sénat d'examiner cette mesure attentivement.

The Chair: Gentlemen, we thank you on behalf of the Standing Senate Committee on National Finance. It was most interesting. We could have kept you here longer, but we have another witness who is waiting.

Colleagues, for the second part of our meeting this evening we have a single witness to give us his views on the subject matter of Bill C-29. We welcome Kim Moody, Director, Canadian Tax Advisory, Moodys Gartner Tax Law LLP. I should point out that Mr. Moody is also Co-chair of the Joint Committee on Taxation of the CBA and CPA Canada.

Welcome, Mr. Moody. We apologize for keeping you waiting.

Kim G C Moody, Director, Canadian Tax Advisory, Moodys Gartner Tax Law LLP, as an individual: Thank you very much. It took everything in me to bite my tongue, but I'm glad to be here.

Thank you, Mr. Chair, and to all the committee members for the kind invitation to appear before you as you study Bill C-29. My name is Kim Moody. I'm a chartered professional accountant from Calgary. I work in the tax law firm of Moodys Gartner Tax Law LLP where I'm a Director of Canadian Tax Advisory, as you already stated.

As you can tell from my bio and from my size and my height, my dream has always been to play professional football. Along the way, however, I got intrigued by tax and therefore put aside my football dreams in favour of the study and practise of tax and have since held senior positions within the tax community for the past 20 years. Given such, I am pleased to offer my observations and answer your questions regarding Bill C-29.

Bill C-29 contains significant amendments. As you know, some of the amendments are quite controversial within the tax and business community. The small business deduction amendments, back-to-back rules, subsection 152(9) amendments, eligible capital property amendments, the OECD common reporting standard implementation, country-by-country reporting, and a host of other technical amendments are included in this complex bill.

While I'm happy to address questions on all the material, the bill contains amendments that tax the brain of even the most senior tax practitioners, like me, and I'm certainly no exception. Accordingly, I may or may not be able to adequately address your specific questions depending on the area you wish to focus on, but I will certainly do my best.

In my remaining speaking time, however, I would like to focus on an area that I know particularly well, and that's the amendments to the small business deduction rules. When I last appeared before the committee, I waxed on about Adam Smith's

Le président : Messieurs, nous vous remercions au nom du Comité sénatorial permanent des finances nationales. C'était très intéressant. Nous aurions pu vous garder ici plus longtemps, mais nous avons un autre témoin qui attend.

Chers collègues, pour la deuxième partie de notre séance de ce soir, nous avons un témoin qui va nous donner son avis au sujet de l'objet du projet de loi C-29. Nous avons le plaisir d'accueillir Kim Moody, directeur, Canadian Tax Advisory, Moodys Gartner Tax Law. Je dois souligner que M. Moody est également coprésident du Comité mixte sur la fiscalité de l'ABC et de CPA Canada.

Bienvenue, monsieur Moody. Veuillez nous excuser de vous avoir fait attendre.

Kim G C Moody, directeur, Canadian Tax Advisory, Moodys Gartner Tax Law LLP, à titre personnel : Merci beaucoup. J'ai fait tous les efforts que j'ai pu pour me retenir, mais je suis heureux d'être ici.

Merci à vous monsieur le président, et à tous les membres du comité, de m'avoir invité à témoigner devant vous dans le cadre de votre étude du projet de loi C-29. Je m'appelle Kim Moody et je suis comptable agréé à Calgary. Je suis directeur des services de conseils fiscaux au cabinet de droit fiscal Moodys Gartner Tax Law LLP.

Comme vous pouvez le constater en lisant mon curriculum vitae et en voyant ma taille et mon poids, j'ai rêvé un jour d'être footballeur professionnel. En cours de route, j'ai été intrigué par la fiscalité et j'ai abandonné mes rêves de football pour étudier la fiscalité et travailler dans ce domaine. J'ai occupé divers postes de cadre dans ce milieu depuis 20 ans. Je suis donc heureux de vous présenter mes observations et de répondre à vos questions concernant le projet de loi C-29.

Le projet de loi C-29 contient plusieurs modifications importantes. Comme vous le savez, certaines d'entre elles sont assez controversées chez les fiscalistes et les gens d'affaires. Les modifications relatives à la déduction accordée aux petites entreprises, les règles relatives aux prêts adossés, les modifications au paragraphe 152(9), les modifications relatives aux immobilisations admissibles, la mise en œuvre de la norme commune de déclaration de l'OCDE, la déclaration par pays et une foule d'autres modifications techniques figurent dans ce projet de loi complexe.

Je serai heureux de répondre aux questions sur tout le matériel, mais le projet de loi contient des modifications qui sont un casse-tête pour les fiscalistes les plus chevronnés, et je ne fais certainement pas exception. Par conséquent, je ne serai peut-être pas en mesure de répondre correctement à vos questions pointues, selon l'aspect sur lequel vous vous concentrerez, mais je ferai certainement de mon mieux.

Dans le temps qui me reste cependant, j'aimerais me concentrer sur un aspect que je connais particulièrement bien, soit les règles concernant la déduction pour les petites entreprises. Lorsque j'ai témoigné devant votre comité la dernière fois, j'ai parlé des quatre

four basic tenets of a good taxation system. Many commentators have analyzed Smith's tenets differently over the years. The following resonates with me as good principles.

One, every taxpayer should contribute to the state income equally, but of course we can debate what "equally" means. Two, every taxpayer should have certainty regarding how much taxes he or she will have to pay. Three, every tax should be collected and paid in a convenient but timely basis. And, four, the tax collected should return a similar value to society.

As a starting point, I do not intend to debate here the policy intent of why the small business deduction exists. Such a debate is for another time.

With respect to the small business deduction amendments, I appreciate the underlying policy intent of trying to restrict access to the small business deduction to situations where its usage was not originally intended and insist on the principle of one business, one small business deduction. That makes perfect sense. I have been a strong vocal and written critic of so-called planning that inappropriately multiplies access to the small business deduction.

However, the proposals released by the Department of Finance and currently in Bill C-29 go far beyond simple targeting. The proposals are very far-reaching and apply to many routine situations where, in my opinion, they should not. As you know, I'm currently one of the co-chairs for the joint committee, and I was one of the authors of the submission that the joint committee made to the Department of Finance. I'm very proud of that submission, in which we outlined a host of technical issues and examples where the rules reached too far and likely have unintended consequences.

Unfortunately, with the exception of a few minor edits made after our submission, the material in Bill C-29 does not adequately address the concerns that the tax and business community have with the small business deduction amendments. Accordingly, many Canadian-controlled private corporations, or CCPCs, will be left in a situation where they thought they had access to the small business deduction but will unfortunately, because of the breadth and depth of the new legislation, realize later that they may not qualify. Adam Smith's certainty principle will be strained significantly.

Overall, the existing small business deduction rules are complex. However, the amendments make such rules horrifically complex. As a tax practitioner, I expect complexity, and frankly I relish it. I like complexity, but I also need to reconcile this complexity with practical realities. As mentioned, I've been studying for over 20 years. This new proposed legislation is without a doubt within the top five in terms of complexity.

principes d'un bon régime fiscal selon Adam Smith. De nombreux observateurs ont analysé ces principes au fil du temps. Ces principes me paraissent justes.

Premièrement, les contribuables devraient contribuer également au revenu de l'État. On peut bien sûr discuter de ce qu'on entend par « également ». Deuxièmement, les contribuables devraient connaître avec certitude le montant de l'impôt à payer. Troisièmement, tous les impôts devraient être perçus de manière commode, mais en temps opportun. Quatrièmement, l'impôt devrait apporter une valeur semblable à la société.

Je n'ai pas l'intention de débattre ici du bien-fondé de la déduction accordée aux petites entreprises. Ce débat sera pour un autre jour.

En ce qui concerne les modifications relatives à cette déduction, je comprends l'intention de la politique sous-jacente, soit tenter de limiter l'accès à la déduction accordée aux petites entreprises aux situations où son utilisation n'était pas visée au départ et insister sur le principe d'une déduction par entreprise. C'est tout à fait logique. J'ai critiqué vigoureusement, oralement et par écrit, la soi-disant planification qui multiplie de façon inappropriée l'accès à la déduction accordée aux petites entreprises.

Mais les propositions présentées par le ministère des Finances et qui se trouvent actuellement dans le projet de loi C-29 vont beaucoup plus loin que le simple ciblage. Elles ont une vaste portée et s'appliquent à de nombreuses situations courantes, qui ne devraient pas être ciblées, à mon avis. Comme vous le savez, je suis actuellement coprésident du comité mixte, et je suis l'un des auteurs du mémoire que le comité mixte a présenté au ministère des Finances. Je suis très fier de ce mémoire, dans lequel nous avons décrit une foule de problèmes techniques et d'exemples où les règles vont trop loin et auront probablement des conséquences imprévues.

Malheureusement, à part quelques corrections mineures apportées après la présentation de notre mémoire, le projet de loi C-29 ne répond pas correctement aux préoccupations des fiscalistes et du milieu des affaires à l'égard des modifications relatives à la déduction accordée aux petites entreprises. Par conséquent, de nombreuses sociétés privées sous contrôle canadien qui pensaient avoir droit à la déduction accordée aux petites entreprises réaliseront malheureusement plus tard qu'elles ne sont pas admissibles, à cause de la portée et de l'ampleur de la nouvelle loi. Le principe de la certitude cher à Adam Smith sera nettement compromis.

Dans l'ensemble, les règles actuelles relatives à la déduction accordée aux petites entreprises sont complexes. Mais les modifications rendent ces règles horriblement plus complexes. En tant que fiscaliste, je m'attends à la complexité, et à vrai dire, je m'en réjouis. J'aime la complexité, mais je dois aussi la concilier avec des réalités pratiques. Comme je l'ai indiqué, j'étudie la fiscalité depuis plus de 20 ans. La nouvelle loi proposée fera sans doute partie des cinq lois les plus complexes durant cette période.

When you consider the fact that the vast majority of Canada's tax preparers are not tax specialists but ultimately are responsible for helping private business owners comply with their tax filing obligations, I worry about how compliant the average business owner will be after these new rules become law. There is no doubt in my mind that the average business owner will not be able to even attempt to determine their eligibility for the small business deduction without very specialized tax advice.

While tax return forms can mask a large amount of complexity, I believe that the new forms that will eventually be released by the CRA will either fail to mask these new rules' complexities or will download the application of the difficult aspects of these rules back to the taxpayer. The result: non-compliance and non-adherence to Adam Smith's certainty principle again.

So, given my comments, what do I recommend? Well, I'm glad you asked. Here's a short list.

One, ideally the new small business deduction rules would be given a complete rethink. There are a number of different ways that the new rules could be redrafted in order to effectuate the purpose of the legislation. The joint committee submission provided numerous suggestions that I won't repeat here. Practically, however, the breadth of the new provisions requires a small private business owner to have a detailed knowledge of the financial holdings of every shareholder of the corporation and every person related to them and thus makes compliance with the new proposals virtually impossible.

Number two, if a rethink is not in order, I believe some of the unintended consequences should be targeted and excluded from their application. I recognize that better targeted legislation might create more exceptions, with one of those exceptions being the sectors and structures hit with those restrictions inappropriately. However, if I had to pick my poison on this issue, I'd prefer the path of targeting the small business deduction to those who are consistent with its policy intents, denying the small business deduction where it is not, and minimizing the crossfire collateral damage to other small businesses that might be caught unintentionally. This approach, unlike my previous friends, in my view should also not accommodate certain groups who believe they are special or who have the loudest voice.

Frankly, all small businesses have their uniqueness and special challenges. The new rules should apply uniformly to all different types of businesses. Thus, Adam Smith's equality principle will have been adhered to as well.

Number three, the rules should be significantly simplified to make them understandable by the average business person and tax preparer who is not a tax specialist. While I recognize that such a statement is easier said than done, I truly believe another

Quand on sait que la vaste majorité des préparateurs de déclarations de revenus au Canada ne sont pas des fiscalistes, mais qu'ils ont la responsabilité ultime d'aider les propriétaires de sociétés privées à remplir leurs obligations en matière de déclaration de revenus, je me demande quel sera le degré de conformité de l'entrepreneur moyen lorsque les nouvelles règles s'appliqueront. Il ne fait aucun doute dans mon esprit que l'entrepreneur moyen ne sera même pas en mesure de déterminer s'il est admissible à la déduction accordée aux petites entreprises sans des conseils très spécialisés en fiscalité.

Même si les formulaires de déclaration peuvent masquer une grande complexité, je crois que les nouveaux formulaires que l'ARC publiera un jour ne masqueront pas la complexité des nouvelles règles ou délégueront au contribuable l'application des aspects difficiles de ces règles. Résultat : une fois de plus la non-conformité et le non-respect du principe de la certitude énoncé par Adam Smith.

Compte tenu de ces observations, qu'est-ce que je recommande? Je suis ravi que vous ayez posé la question. Voici une courte liste.

Premièrement, il faudrait idéalement repenser complètement les nouvelles règles relatives à la déduction accordée aux petites entreprises. Il y a quelques façons différentes de rédiger les nouvelles règles pour réaliser l'objet de la loi. Le mémoire du comité mixte a fourni de nombreuses suggestions, que je ne répéterai pas ici. Dans la pratique cependant, les nouvelles dispositions sont si vastes qu'un petit entrepreneur doit posséder une connaissance détaillée des actifs financiers de tous les actionnaires de l'entreprise et de toutes les personnes reliées aux actionnaires, ce qui rend donc presque impossible l'application des nouvelles propositions.

Deuxièmement, si une refonte complète n'est pas possible, je crois qu'il faudrait cibler certaines conséquences imprévues et exclure leur application. Je reconnais qu'une loi mieux ciblée pourrait créer encore plus d'exceptions, notamment les secteurs et les structures frappés injustement par les restrictions. Mais si je devais choisir mon poison, je préférerais accorder la déduction aux petites entreprises conformes à la politique sous-jacente, ne pas l'accorder aux petites entreprises non conformes, et limiter les dommages collatéraux pour les autres entreprises qui pourraient se retrouver par inadvertance sous les feux croisés. Contrairement à ce que pensent mes amis qui se sont exprimés avant moi, je crois que cette approche ne devrait pas non plus accommoder certains groupes qui se pensent spéciaux ou qui crient le plus fort.

Franchement, toutes les petites entreprises ont leurs spécificités et leurs défis particuliers. Les nouvelles règles devraient s'appliquer uniformément à tous les types d'entreprises. Ce faisant, le principe de l'égalité énoncé par Adam Smith serait respecté lui aussi.

Troisièmement, les règles devraient être simplifiées considérablement afin qu'elles soient compréhensibles pour l'entrepreneur moyen et pour le préparateur de la déclaration de revenus qui n'est pas fiscaliste. Même si je reconnais que c'est plus

attempt at simplifying these new rules should occur. The simplification of such rules is even more important when we are dealing with legislation that targets small business and its owners. It is in my opinion more acceptable to adopt complex legislation where the target taxpayer is a multinational or large corporation where resources and access to tax experts is more readily available and affordable. This would go a long way to ensuring compliance with the new rules.

Here are my summary comments and recommendations.

One, I agree that inappropriate small business deduction multiplication should be curtailed. I've been an advocate of that for years. The principle of one business, one small business deduction is a good one.

Number two, the current proposals are far too broad and imperfect.

Number three, ideally there would be a rethink.

Number four, failing a rethink, the new rules should be targeted much better with minimal crossfire collateral damage as a key objective.

Number five, targeting should be broad-based and not exclude certain groups, sectors or businesses.

Finally, number six, any rethink or targeting should include simplicity as a key objective.

Adam Smith would hopefully be proud of my recommendations. If none of my recommendations are met and we're left with the mess that will inevitably occur, then consideration should be given to scrapping the small business deduction and replacing it with a different measure that better targets its intended policy objective without this horrific complexity. That debate, of course, is for another day. However, as I mentioned publicly at the recent Canadian Tax Foundation national conference in Calgary where I was a plenary speaker, the new small business deduction proposals are simply unworkable, mark my words.

Thank you for your attention. I'm happy to address any questions.

Senator Marshall: I'm just trying to digest what you said. In listening to your remarks, I was also thinking about the testimony we have had over the last couple of days. So you looked at the amendments.

Mr. Moody: Oh, I'm an expert in the amendments.

Senator Marshall: When we had Finance officials here and we were going through each of the individual amendments, every time we asked the question whether the government was going to get more in taxes or they were going to lose taxes as a result of the amendment, in all cases they were going to raise revenues. They didn't give us one example whereby they wouldn't raise revenues.

facile à dire qu'à faire, je suis fermement convaincu qu'il faudrait tenter à nouveau de simplifier ces nouvelles règles. La simplification de ces règles est encore plus importante lorsque la loi cible les petites entreprises et leurs propriétaires. J'estime qu'il est plus acceptable d'adopter des lois complexes lorsque le contribuable visé est une multinationale ou une grande société qui a plus de ressources et qui peut faire appel à des fiscalistes plus facilement et à moindre coût. Cela contribuerait grandement à assurer la conformité aux nouvelles règles.

Pour résumer mes observations et mes recommandations :

Un, je conviens qu'il faudrait réduire la multiplication inappropriée des déductions accordées aux petites entreprises. C'est ce que je préconise depuis des années. Le principe d'une déduction par petite entreprise est un bon principe.

Deux, les propositions actuelles sont trop vastes et imparfaites.

Troisièmement, idéalement, il faudrait repenser les règles.

Quatre, en l'absence d'une refonte, les nouvelles règles devraient être mieux ciblées et viser principalement à réduire au minimum les dommages collatéraux provoqués par les feux croisés.

Cinq, le ciblage devrait être large et ne pas exclure certains groupes, secteurs ou entreprises.

Enfin, toute refonte devrait avoir pour objectif principal la simplicité.

J'ose espérer qu'Adam Smith serait fier de mes recommandations. Si elles restent lettre morte et qu'on se retrouve dans un guêpier inévitable, alors, il faudrait envisager de supprimer la déduction accordée aux petites entreprises et de la remplacer par une autre mesure qui ciblerait mieux l'objectif de la politique sous-jacente, sans provoquer cette horrible complexité. Le débat sera évidemment pour un autre jour. Mais comme je l'ai déclaré publiquement à la récente conférence nationale de la Fondation canadienne de fiscalité à Calgary, où j'ai pris la parole à une plénière, les nouvelles propositions concernant la déduction accordée aux petites entreprises sont tout simplement inapplicables.

Merci de votre attention. Je répondrai avec plaisir à vos questions.

La sénatrice Marshall : J'essaie de digérer ce que vous venez de dire. En vous écoutant, je pensais aux témoignages que nous avons entendus ces derniers jours. Alors, vous avez examiné les modifications.

M. Moody : Oh, je suis un expert des modifications.

La sénatrice Marshall : Lorsque les fonctionnaires des Finances sont venus et que nous avons examiné ensemble chacune des modifications, chaque fois que nous avons demandé si les revenus du gouvernement allaient augmenter ou diminuer par suite de la modification, chaque fois, ils nous ont répondu que les revenus allaient augmenter. Ils ne nous ont donné aucun exemple du contraire.

Mr. Moody: Without a doubt this will raise revenue. How much, I'm not an economist, but without a doubt.

Senator Marshall: That struck me as unusual because I would have thought that you're going through and making amendments to the Income Tax Act, trying to clean it up or make things fairer, then in some cases you would raise revenues but in other cases you would forego revenues.

Mr. Moody: I'm not sure I agree with that, but maybe I don't understand your question. Sorry.

Senator Marshall: We discussed some of the amendments last Friday with Finance officials, for example, amendments to ensure that any accrued foreign exchange gains on a foreign currency debt will be realized when the debt becomes a parked obligation. The impression I got when we discussed the individual amendments with the Finance officials is that a lot of our questions couldn't be answered. We didn't get good responses to them. For example, for that one, foreign currency debt will be realized when the debt becomes a parked obligation, when there is an exchange loss. One of the questions I asked was what will happen if there's a loss? They couldn't answer it.

Should that information not be available?

Mr. Moody: Ideally, I think that information would be available.

Senator Marshall: Those are the only questions I had, Mr. Chair.

Senator Andreychuk: With regard to the small business deduction, were you able to ascertain why they were targeting that? What was the difficulty they were trying to overcome with their amendments? We talk about encouraging small businesses — the backbone of Canada. It seems that, as you said, it has gone broad and wide.

Did you get any explanation why they didn't accept some of your recommendations for simplicity and seemed to have caused more problems than they are fixing? And what was the problem they were trying to fix?

Mr. Moody: I'll answer your first question.

From a practitioner perspective, I believe what they're trying to attack is the principle of multiple small business deductions that were available to truly just one business. Here's a classic example. Let's say dad owns a company — a Canadian-controlled private corporation — and it's very successful. An accountant will say, "Hey, let's have mom set up Momco and let's charge fees from Momco to Dadco." That way you have an income shift from Dadco to Momco.

Currently, the rules under section 256 of the act don't deal with that because those corporations are not associated. If they were associated, they would only have one small business deduction. But in that egregious example, you have one business where the

M. Moody : Il ne fait aucun doute que les revenus augmenteront. Je ne saurais dire de combien, je ne suis pas économiste, mais il n'y a aucun doute.

La sénatrice Marshall : Cela m'a paru inhabituel. J'aurais pensé que lorsqu'on apporte des modifications à la Loi de l'impôt sur le revenu, pour tenter de la simplifier ou la rendre plus équitable, il arrive que les revenus augmentent, mais il y a aussi des fois où on renonce à des revenus.

M. Moody : Je ne suis pas certain d'être d'accord, mais je ne comprends peut-être pas bien votre question. Désolé.

La sénatrice Marshall : Nous avons discuté de certaines modifications vendredi dernier avec les fonctionnaires des Finances, entre autres celles visant à s'assurer que les gains de change accumulés à l'égard d'une dette en monnaie étrangère seront réalisés lorsque la dette devient une dette remisée. Quand nous avons discuté de chacune des modifications avec les fonctionnaires des Finances, j'ai eu l'impression qu'un grand nombre de nos questions restaient sans réponse. Nous n'avons pas eu de bonnes réponses de leur part. C'était le cas, par exemple, au sujet des pertes de change accumulées à l'égard d'une dette en monnaie étrangère. J'ai demandé ce qui arriverait en cas de perte? Ils n'ont pas pu répondre.

Est-ce que cette information ne devrait pas être fournie?

M. Moody : Idéalement, je pense qu'elle le serait.

La sénatrice Marshall : Je n'ai pas d'autres questions, monsieur le président.

La sénatrice Andreychuk : En ce qui concerne la déduction accordée aux petites entreprises, avez-vous pu déterminer pourquoi elle est visée? Quel problème voulait-on résoudre en proposant ces modifications? Nous disons qu'il faut encourager les petites entreprises — l'épine dorsale du Canada. Comme vous l'avez dit, il me semble que la portée est vaste.

Vous a-t-on expliqué pourquoi ils n'ont pas accepté certaines de vos recommandations et pourquoi ils semblent causer plus de problèmes qu'ils n'en règlent? Quel était le problème qu'ils essayaient de régler?

M. Moody : Je répondrai à votre première question.

Du point de vue d'un praticien, je crois qu'ils voulaient attaquer le principe de la multiplication des déductions accordées aux petites entreprises lorsqu'il n'y a en réalité qu'une seule entreprise. Voici un exemple classique. Supposons que papa possède une entreprise — une société privée sous contrôle canadien — et que cette entreprise est très prospère. Un comptable proposera que maman crée l'entreprise Mamanco et que Mamanco impute des charges à Papaco. De cette façon, une partie du revenu est transféré de Papaco à Mamanco.

Actuellement, les règles en vertu de l'article 256 de la loi ne s'appliquent pas à cette situation, parce que ces sociétés ne sont pas associées. Si elles l'étaient, elles n'auraient droit qu'à une déduction accordée aux petites entreprises. Mais dans cet exemple

income shift is pretty artificial. That kind of stuff has been going on ever since I've been in practice. The current legislation does not explicitly deal with that, with the exception of some anti-avoidance rules that are pretty broad. I believe the CRA has had a hard time applying those rules. That's my sense.

But I do think the current legislative tools deal with that egregious example, which I think is at the heart of what they're trying to get at. Clearly, with the amendments that are before us, it will kill that without any anti-avoidance rule. That's done.

Does that answer your question? I hope it does.

Senator Andreychuk: It does somewhat.

I know of businesses that have spinoffs, and that's encouraging women to be their own entrepreneurs. They may have started from "dad's business" or "husband's business," and there's a valid reason for moving it over. It encourages some innovation and encourages utilizing the skills of family units in a different way. What's wrong with that?

Mr. Moody: Absolutely nothing. If it's a legitimate business and not artificial, as in the example I illustrated, I think the current rules encourage that.

Senator Andreychuk: If we left them as they are, it would be better than what we're seeing?

Mr. Moody: In my view, yes.

Senator Andreychuk: Why did they not accept your advice? Did you get an answer? Do they not like Adam Smith?

Mr. Moody: Adam is one of my favourites. But as to why, I can't answer that.

Senator Andreychuk: Did they give you an answer why your propositions weren't feasible?

Mr. Moody: The joint committees, you mean? No, they did not. We had one conversation, to their credit. They're hard-working people, and I get that. They're dedicated people in the Department of Finance. I get that. But unfortunately, no, we didn't get any direct feedback on some of our concerns. I'll try that again: on most of our concerns.

Senator Neufeld: Number 4, talking about failing a full rethink, you said that the new rules should target much better with minimal crossfire collateral damages as a key objective. What would be the most egregious thing that's taking place, without my reading this from one end to the other? You understand it; I don't. What would be the most egregious thing that you think they've done that they shouldn't have done? Can you give me an example?

Mr. Moody: Here's a quick example and one of the things I've written about quite a lot. Take the examples where a sister owns a bookkeeping company. Actually, I stole this example from a practitioner, so I'll give that practitioner credit here. Sister owns a bookkeeping company. Brother owns a manufacturing company.

flagrant, le transfert de revenu à une entreprise est assez artificiel. Cela se fait depuis que je suis dans le métier. La loi actuelle ne traite pas explicitement de ces cas, sauf par quelques règles anti-évitement qui sont assez larges. Je crois que l'ARC a eu beaucoup de mal à les appliquer. C'est mon impression.

Mais je ne pense pas que les outils législatifs actuels traitent de cet exemple flagrant, qui me paraît être au cœur de l'objectif visé. De toute évidence, les modifications proposées mettront fin à ces situations, sans règle anti-évitement. C'est réglé.

Est-ce que cela répond à votre question? J'espère que oui.

La sénatrice Andreychuk : D'une certaine manière, oui.

Je connais des entreprises qui essaiment, et il est encourageant de voir des femmes à la tête de leur entreprise. Elles quittent peut-être l'entreprise du père ou du mari et elles ont de bonnes raisons de lancer leur propre entreprise. Cela encourage l'innovation et une utilisation différente des compétences familiales. Qu'y a-t-il de mal à cela?

M. Moody : Rien du tout, à condition que l'entreprise soit légitime, pas artificielle, comme dans l'exemple que j'ai donné. Je pense que les règles actuelles encouragent ces comportements.

La sénatrice Andreychuk : Il vaudrait mieux ne rien changer?

M. Moody : À mon avis, oui.

La sénatrice Andreychuk : Pourquoi ne pas avoir accepté vos conseils? Avez-vous eu une réponse? Ils n'aiment pas Adam Smith?

M. Moody : Adam, mon héros. Quant au pourquoi, je ne saurais répondre.

La sénatrice Andreychuk : Ils ne vous ont pas expliqué pourquoi vos propositions n'étaient pas faisables?

M. Moody : Vous parlez du comité mixte? Non, ils ne l'ont pas fait. Nous avons eu une discussion, c'est à leur honneur. Ils travaillent dur, j'en conviens. Il y a des gens consciencieux au ministère des Finances, j'en conviens. Mais malheureusement, non, nous n'avons pas eu de rétroaction directe à propos de certaines de nos préoccupations, ou plutôt de la plupart de nos préoccupations.

Le sénateur Neufeld : Dans votre quatrième recommandation, à défaut d'une refonte complète, vous avez déclaré que les nouvelles règles devraient être mieux ciblées et viser principalement à réduire au minimum les dommages collatéraux provoqués par les feux croisés. Quelle est la situation la plus flagrante, sans que je doive lire ceci du début à la fin? Vous comprenez, pas moi. À votre avis, quelle est l'erreur la plus flagrante? Pouvez-vous me donner un exemple?

M. Moody : Voici un bref exemple. C'est l'une des questions sur lesquelles j'ai beaucoup écrit. Supposons une femme qui possède une entreprise de comptabilité. En réalité, j'emprunte cet exemple d'un collègue, alors je le remercie publiquement. Donc, une femme possède une société comptable. Son frère possède une

One of the key clients of that bookkeeping company is the manufacturing company. Let's say the bookkeeping company has $500,000 of profits, $300,000 of which is from the brother's manufacturing company. In that situation, it's pretty clear that the other 70 per cent of the income from sister's bookkeeping company is from arm's-length sources. You would think that the bookkeeping company would be eligible for a full small business deduction, but unfortunately because of the way the rules are drafted, because she's providing services to a related person, that $300,000 of income she's making off that bookkeeping company from the manufacturing company is ground down, so she's only eligible for $200,000.

Policy-wise, that's pretty ridiculous and it's just not right. We have put that forward to the Department of Finance. Unfortunately, it's fallen on deaf ears.

Senator Pratte: I want to make sure I understand. You totally disagree with the idea of excluding certain groups, even after what you've heard.

Mr. Moody: Totally disagree, yes. Totally.

Senator Pratte: Would you explain why? From the testimony we had just before you, from the doctors, there did seem to be something quite special in their situation compared to other small businesses. You say all small businesses are special.

Mr. Moody: Absolutely. I'm a direct and indirect owner of a practice. I employ 50 people, which, in turn, provides for a pretty decent living for a lot of people, including myself. We happen to operate a law firm and a sidecar accounting practice. So why are doctors more special, other than the fact they're saving lives? I get that. I don't understand the tax policy objective of why they should be entitled to a small business deduction. I operate in a group function as well and I employ people.

I totally disagree with the fact that law firms are for-profit models where the profits of the juniors are subsidizing the profits of the seniors. If you've worked in a law firm or accounting firm model, a lot of times it's quite the reverse. You're subsidizing the juniors so that ultimately they can get more senior. That's where you can make more money.

It just doesn't resonate with me at all. Quite frankly, and I don't speak for my profession, but I would suggest that a good chunk of my profession and the legal profession would probably agree with me. There's just no room in my view for carve-outs, notwithstanding the fact they're to go great work. They will eventually save my life, probably, and I'll commend them for that. But should they pay less tax than me or pay less tax than my peers? It doesn't resonate.

usine de fabrication. L'un des principaux clients de la société comptable est l'entreprise de fabrication. Supposons que la société comptable a un revenu de 500 000 $, dont 300 000 $ qui proviennent de l'entreprise de fabrication du frère. Dans cette situation, il est assez évident que 70 p. 100 du revenu de la société comptable provient de sources non apparentées. On pourrait penser que la société comptable serait admissible à toute la déduction accordée aux petites entreprises, mais malheureusement, à cause de la manière dont les règles sont rédigées, parce que la sœur fournit des services à un membre de sa famille, ce revenu de 300 000 $ provenant de l'entreprise de fabrication est retranché, et elle n'est admissible que sur 200 000 $.

Du point de vue des politiques, c'est ridicule et ce n'est pas juste. Nous l'avons dit au ministère des Finances. Mais c'est malheureusement tombé dans l'oreille d'un sourd.

Le sénateur Pratte : Je veux être certain d'avoir bien compris. Vous n'êtes pas du tout d'accord avec l'idée d'exclure certains groupes, même après ce que vous avez entendu.

M. Moody : Pas du tout d'accord, en effet. Vraiment pas.

Le sénateur Pratte : Pouvez-vous expliquer pourquoi? D'après le témoignage que nous venons d'entendre juste avant vous, les médecins semblaient se trouver dans une situation assez particulière par rapport à d'autres petites entreprises. Vous dites que toutes les petites entreprises sont spéciales.

M. Moody : Tout à fait. Je possède directement et indirectement un cabinet. J'emploie 50 personnes et elles font vivre beaucoup de monde, dont moi. Nous dirigeons un cabinet d'avocats auquel s'ajoute un cabinet comptable. En quoi les médecins sont-ils plus spéciaux, mis à part le fait qu'ils sauvent des vies? Je comprends cela. Mais je ne comprends pas le but de la politique selon laquelle ils devraient avoir droit à une déduction accordée aux petites entreprises. Je travaille moi aussi dans une structure de groupe et j'emploie des gens.

Je ne suis pas du tout d'accord que les cabinets d'avocats sont des modèles à but lucratif où les profits des jeunes subventionnent les profits des hauts placés. Si vous avez travaillé dans un cabinet d'avocats ou de comptables, vous savez qu'en réalité c'est souvent le contraire. On subventionne les jeunes afin qu'ils finissent par devenir associés eux aussi. C'est à ce moment-là qu'on peut gagner plus.

Cet argument me laisse froid. Franchement, je ne parle pas pour ma profession, mais je dirais qu'un bon nombre des membres de ma profession et des avocats seraient probablement d'accord avec moi. À mon avis, il n'y a pas de place pour des exceptions, malgré le fait qu'ils accomplissent un travail formidable. Ils me sauveront probablement la vie un jour et je les remercie d'avance. Mais devraient-ils payer moins d'impôt que moi ou que mes collègues? Cela ne tient pas la route.

Senator Pratte: We're legislators, and we have to decide what we will do with the bill and with different parts of that bill. With that particular part of the bill, if I understand you correctly, you're asking us is to take that part of the bill out for further study.

Mr. Moody: I think that would be fantastic if we could do that. Like I said, there are good policy reasons to restrict the small business deduction and prevent its multiplication. Kudos to the Department of Finance for doing that, but I think a rethink should happen.

Senator Pratte: Rather than trying to amend it, for instance?

Mr. Moody: Rather than trying to deal with this mess that we're going to deal with.

Senator Pratte: Thank you.

Senator Mitchell: What we're hearing is that this amendment will solve the problem you're concerned about, that a certain group of people are getting a special benefit that you're not getting; and at the same time you're saying you don't like the amendment, so we should reconsider it.

Mr. Moody: Absolutely. For example, I make a decent living. Let's say that I want to shift income and have my brother set up a company and I'll shift fees to him. Do you think that's right? That's highly artificial.

I would suggest that a good chunk of the spirit and the policy reason for these amendments is to kill that kind of stuff, which was not so easy to kill with the existing legislation because of the non-application of the anti-avoidance rule that was there. I agree with that, but what I don't agree with is the complexity. It taxes the brain significantly. I don't mind complexity, but there's a lot of crossfire and collateral damage in these rules.

Senator Mitchell: It seems to me there are two things that are complex. What exists now, quite apart from this change, is complex.

Mr. Moody: Yes, but it's livable.

Senator Mitchell: But all of a sudden this particular amendment tips it over to be too complex, not livable. What is it about this particular thing that makes this huge mass of complex tax that you're concerned about, but livable, all of a sudden just at some threshold it tips over, when it partly resolves your problem?

Mr. Moody: Great question. I could wax on forever about that, but I know it's getting late. I could talk tax all night if you guys want to.

Senator Mitchell: Please do. I like this guy. He's great.

Mr. Moody: I'll attempt a short answer to your question.

Le sénateur Pratte : Nous sommes des législateurs et nous devons décider ce que nous ferons avec le projet de loi et ses différentes parties. Si je vous comprends bien, vous nous demandez de retirer cette partie du projet de loi pour l'étudier davantage.

M. Moody : Ce serait fantastique. Il y a, je le répète, de bonnes raisons de politique de limiter la déduction accordée aux petites entreprises et de prévenir sa multiplication. Bravo au ministère des Finances pour cette initiative, mais je pense qu'il faut y repenser.

Le sénateur Pratte : Au lieu d'essayer d'apporter des modifications, par exemple?

M. Moody : Au lieu d'essayer de nous sortir du guêpier qui nous attend.

Le sénateur Pratte : Merci.

Le sénateur Mitchell : Ce que nous entendons, c'est que cette modification résout le problème qui vous préoccupe, soit qu'un certain groupe de personnes obtient un avantage spécial que vous n'obtenez pas. En même temps, vous affirmez que vous n'aimez pas la modification et que nous devrions la reconsidérer.

M. Moody : Exactement. Par exemple, je gagne bien ma vie. Disons que je veux transférer un revenu et que je demande à mon frère de créer une société pour pouvoir lui transférer ce revenu. Pensez-vous que c'est bien? C'est très artificiel.

Je pense que l'esprit des modifications et les raisons de politique qui les justifient consistent justement à mettre fin à ce genre de situations, ce qui n'est pas facile à faire en vertu de la loi actuelle, à cause de la non-application de la loi anti-évitement. Je suis d'accord avec cela, mais je ne suis pas d'accord avec la complexité. C'est un vrai casse-tête. Je n'ai rien contre la complexité, mais ces règles provoquent beaucoup de feux croisés et de dommages collatéraux.

Le sénateur Mitchell : Il me semble que deux aspects sont complexes. Ce qui existe actuellement, avant même le changement prévu, est déjà complexe.

M. Moody : Mais nous pouvons vivre avec.

Le sénateur Mitchell : Mais soudainement, cette modification particulière fait déborder le vase, et ce n'est plus vivable. Qu'est-ce qui rend cette énorme complexité fiscale dont vous vous inquiétez, mais qui est vivable, soudainement insoutenable parce qu'un seuil est atteint, alors qu'une partie du problème est réglée?

M. Moody : Belle question. Je pourrais en parler pendant des heures, mais je sais qu'il commence à se faire tard. Je pourrais vous parler d'impôt toute la nuit si vous le vouliez.

Le sénateur Mitchell : Ne vous gênez pas. J'aime ce type. Il est formidable.

M. Moody : Je vais tenter de répondre brièvement à votre question.

Right now the rules I'll just say are workable. The amendments require you to dive into the sources of income of each company to see whether or not those sources of income on each different type of — for example, the bookkeeping example — you have to look at who your customers are. Are you related to those customers? Whereas right now the rules look at the source of income, yes, but the real test is, is it a business? That's number one. And is that active business income earned in Canada? That's about as complex as it gets.

Now, the same test, but you've got to look at have you earned that money from a related party source, a non-arm's-length source? That's a tough thing to track and dive into, especially when you don't have a controlling interest in the firm.

Senator Mitchell: This is a philosophical question. The doctors make a compelling argument that the tax structure that exists, which would be changed, allows higher-earning doctors to subsidize teaching doctors, for example. In a sense, if you talk about Adam Smith and the public good and how taxation should or should not support it, really we're asking a certain class of doctors to subsidize the education function of another class of doctors, when that education function is a broad public good. We go to them and say that we really want this public good, teaching doctors, we're just going to single them out to pay for it. Why would that be?

Mr. Moody: Again, it doesn't resonate with me because the group function exists with most professions. I mean, look at lawyers. It's been the same way. Accountants. They practise together. Why do they practice together? Because to practise as a single person is so tough, and you're going to teach the youngsters so ultimately there is longevity for the benefit of the society as a whole.

Now the benefit with doctors is they're saving lives and doing research, but so are accountants and lawyers.

Senator Mitchell: You're not getting the same benefit as doctors.

Mr. Moody: Why carve out? That makes no sense to me from a policy perspective.

Senator Andreychuk: I didn't get the doctors saying that they don't contribute to the public good, just as I believe lawyers do, being one.

Mr. Moody: I didn't hear them say that either, by the way.

Senator Mitchell: I didn't say it either.

Senator Andreychuk: I know you didn't. I said the doctors. You were saying that everyone contributes to the public good, doctors, lawyers, et cetera. But the compelling case by the doctors was that they were encouraged by government to take on that role. That's how we are fostering research and development.

À l'heure actuelle, je dirais que les règles peuvent s'appliquer. Les modifications obligent à fouiller dans les sources de revenus de chaque entreprise pour voir d'où proviennent les revenus, et pour chaque type différent — par exemple, pour la société comptable dont je vous ai parlé — il faut examiner qui sont les clients. Y a-t-il un lien avec les clients? Actuellement, les règles obligent à examiner la source de revenus, j'en conviens, mais la question principale est s'agit-il d'une entreprise? C'est la première question à poser. Et s'agit-il d'un revenu d'entreprise active gagné au Canada? La complexité s'arrête là.

Désormais, les mêmes critères s'appliqueront, mais il faudra aussi déterminer si le revenu provient d'une partie liée, d'une source avec lien de dépendance. C'est très difficile à suivre et à examiner quand on ne contrôle pas l'entreprise.

Le sénateur Mitchell : Voici une question philosophique. Les médecins présentent l'argument convaincant que la structure fiscale actuelle, qui serait changée, permet aux médecins dont les revenus sont plus élevés de subventionner les jeunes médecins, par exemple. En un sens, si vous parlez d'Adam Smith et du bien public et de la manière dont la fiscalité devrait l'appuyer ou pas, en réalité nous demandons à une certaine catégorie de médecins de subventionner la fonction de formation d'une autre catégorie de médecins, alors que cette fonction est un vaste bien public. Nous leur disons que nous voulons ce bien public, la formation des médecins et que nous ne les obligerons pas à le financer. Pourquoi?

M. Moody : Là encore, cet argument me laisse froid parce que la structure de groupe existe dans la plupart des professions. Prenons les avocats, par exemple. C'est la même chose. Les comptables. Ils se regroupent pour exercer leur profession. Pourquoi? Parce qu'il est difficile d'exercer ces professions seuls et qu'on enseigne aux jeunes, ce qui assure une longévité dont profite l'ensemble de la société.

L'avantage dans le cas des médecins est qu'ils sauvent des vies et font de la recherche, mais on peut en dire autant des comptables et des avocats.

Le sénateur Mitchell : L'avantage n'est pas le même avec les médecins.

M. Moody : Pourquoi faire des exceptions? À mon avis, cela n'a pas de sens du point de vue des politiques.

La sénatrice Andreychuk : Je n'ai pas entendu les médecins affirmer qu'ils ne contribuent pas au bien public, tout comme je crois que les avocats le font, étant moi-même avocate.

M. Moody : Je ne les ai pas entendus dire cela, moi non plus.

Le sénateur Mitchell : Je ne l'ai pas dit moi non plus.

La sénatrice Andreychuk : Je sais que vous ne l'avez pas dit. J'ai dit les médecins. Vous disiez que tout le monde contribue au bien public, médecins, avocats, et cetera. Mais l'argument convaincant des médecins est que le gouvernement les encourage à jouer ce rôle. C'est ainsi que nous stimulons la recherche et le développement.

Mr. Moody: So are accountants and lawyers encouraged, by the way.

Senator Andreychuk: They are in a medicare scheme where their income is topped. It's what public policy has done to them to limit their options. If we didn't have that system, then they might have looked at other ways to continue research, and they're saying we might have had a different subsidy, research, innovation strategy. But this was something that the provincial governments went to them and said, "Set up this way," encouraged the teaching.

Mr. Moody: I understand that.

Senator Andreychuk: That's the difference from other professions. You don't get that? It's not just that they save lives.

Mr. Moody: I agree wholly with the proposition, but so have accountants and lawyers been pushed into group functions. With respect, in Ontario, professional corporation legislation has only been around since 2004. In Alberta, it has been around since 1982. Prior to 1982, doctors practised in groups. To suggest it was the tax policy that encouraged them to practice in groups, I'm not buying that.

Senator Andreychuk: No, a medical practice policy, not a tax policy.

Mr. Moody: I can tell you, as an accountant, my professional body in Alberta encouraged me, and still does, to practise in groups.

I think we're on the same page. I think practising in groups has been encouraged by all bodies, for obvious reasons.

Senator Mitchell: But you don't get the tax advantage.

Mr. Moody: I get the tax advantage today, but will I get the tax advantage after this legislation? No, just like doctors won't.

Senator Marshall: I want to summarize this. You responded to Senator Pratte's question, "Gee, this is great," and then Senator Mitchell got in and talked about a lot of other different issues. I want to go back to what you were saying to Senator Pratte.

If you were advising the minister on that section of the act, you would say don't bother with that amendment? Forget that amendment and go back to square one and study the problem before you come up with —

Mr. Moody: My recommendation is a rethink. I certainly appreciate what they're trying to do, and I think that's admirable.

Senator Marshall: But it's not making it better.

M. Moody : Les comptables et les avocats sont encouragés eux aussi, soit dit en passant.

La sénatrice Andreychuk : Ils sont dans un régime de santé public et leur revenu est plafonné. C'est ce qu'a fait la politique publique pour limiter leurs options. Si nous n'avions pas ce système, ils auraient peut-être trouvé d'autres façons de poursuivre les recherches, et ils affirment que nous aurions peut-être une stratégie différente en matière de subventions, de recherche et d'innovation. Mais les gouvernements provinciaux les ont obligés à se structurer d'une certaine façon; ils ont encouragé la formation.

M. Moody : Je comprends cela.

La sénatrice Andreychuk : C'est la différence avec les autres professions. Vous ne l'avez pas compris? Ce n'est pas seulement qu'ils sauvent des vies.

M. Moody : Je suis tout à fait d'accord, mais les comptables et les avocats ont été poussés eux aussi vers des structures de groupe. Avec tout le respect que je vous dois, en Ontario, la loi sur les ordres professionnels n'existe que depuis 2004. En Alberta, elle existe depuis 1982. Avant 1982, les médecins exerçaient en groupe. Je ne crois pas que c'est la politique fiscale qui les encourageait à le faire.

La sénatrice Andreychuk : Non, il s'agit d'une politique de pratique médicale, pas d'une politique fiscale.

M. Moody : Je peux vous assurer qu'à titre de comptable, mon ordre professionnel en Alberta m'a encouragé, et m'encourage encore, à exercer en groupe.

Je pense que nous sommes sur la même longueur d'onde. La pratique de groupe a été encouragée par tous les ordres, pour des raisons évidentes.

Le sénateur Mitchell : Mais vous n'obtenez pas l'avantage fiscal.

M. Moody : Je l'obtiens actuellement, mais est-ce que je l'obtiendrai après que le projet de loi sera adopté? Non, et les médecins non plus.

La sénatrice Marshall : J'aimerais résumer tout ceci. Vous avez répondu à la question du sénateur Pratte que c'était formidable, puis le sénateur Mitchell est intervenu et a abordé d'autres sujets. J'aimerais revenir sur ce que vous avez répondu au sénateur Pratte.

Si vous deviez conseiller le ministre sur cette section de la loi, lui diriez-vous de renoncer à cette modification? De l'oublier, de repartir à zéro et d'étudier le problème avant de proposer...

M. Moody : Ma recommandation est une refonte. Je suis très sensible à ce qu'ils font, et je crois que c'est admirable.

La sénatrice Marshall : Mais cela n'améliore pas la situation.

Mr. Moody: I think the old cliché "let's kill a mouse with an elephant gun" resonates with me. I do think there is room for significant improvement in this area; no question about it. But, boy, the crossfire collateral damage that's being done here is quite significant.

The Chair: Mr. Moody, you were succinct, very clear and definite in your thought process. You had a variety of questions. We certainly appreciate your being here, and we appreciate the fact you waited and heard another group before you were able to talk with us. Thank you very much for your participation.

Mr. Moody: Thank you very much.

(The committee adjourned.)

M. Moody : Je pense que le vieil adage « tuer une mouche avec un canon » s'applique ici. Je crois qu'il y a nettement place à amélioration dans ce domaine. Cela ne fait aucun doute. Mais les dommages collatéraux provoqués par les feux croisés sont très élevés.

Le président : Monsieur Moody, vous avez été succinct, très clair et précis dans votre processus mental. Vous avez soulevé diverses questions. Nous vous remercions de votre présence, d'avoir attendu et d'avoir entendu un autre groupe avant de pouvoir prendre la parole. Merci beaucoup pour votre participation.

M. Moody : Merci beaucoup.

(La séance est levée.)

WITNESSES

Canadian Medical Association:

Dr. Laurent Marcoux, President-elect;

John Feely, Vice President, Member Relevance.

Ontario Association of Radiologists:

Dr. Mark Prieditis, President;

Ray Foley, Executive Director.

University Health Network:

Dr. Barry Rubin, Medical Director, Peter Munk Cardiac Centre.

University of Ottawa Heart Institute:

Dr. Richard Davies, Professor, Division of Cardiology.

As an individual:

Kim G C Moody, Director, Canadian Tax Advisory, Moodys Gartner Tax Law LLP.

TÉMOINS

Association médicale canadienne :

Dr Laurent Marcoux, président élu;

John Feely, vice-président, Pertinence pour les membres.

Ontario Association of Radiologists :

Dr Mark Prieditis, président;

Ray Foley, directeur exécutif.

University Health Network :

Dr Barry Rubin, Directeur médical, Centre de cardiologie Peter Munk.

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa :

Dr Richard Davies, professeur, Division de cardiologie .

À titre personnel :

Kim G C Moody, directeur, Canadian Tax Advisory, Moodys Gartner Tax Law LLP.