

Reversing the Stigma around Canada's Poor-Performing Healthcare Systems

RECENT STATISTICS REPORT THAT HEALTHCARE SPENDING GROWTH IS PERSISTENTLY high; in recent years, spending growth exceeded 5% (CIHI 2022). Some portion of the outsized growth can be attributed to the COVID-19 pandemic, though the cause is irrelevant. High spending growth in the healthcare sector is not a good prospect for taxpayers or for education and social programs competing for the same pot of money. Spending is important, but it is not the only attribute for measuring the success of our provinces' and territories' efforts to fund healthcare services that maintain or improve their populations' health.

Access to care and the quality of that care are important indicators of performance. Unfortunately, for Canadians, performance on these indicators is also not highly regarded. The oft-cited Commonwealth Fund data recently noted that Canada has the dubious ranking of the tenth lowest-performing health system of the 11 countries examined (Schneider et al. 2021). To borrow a hockey catchphrase, how do governments' health systems get out of the penalty box and make the substantial reforms needed to stop performing so poorly?

In my opinion, governments need an aggressive multi-pronged strategy to catch up with the performance of other countries' health systems. Canadians should not continue to accept slow and incremental gains through low-intensity policies or "value veneers" (Batniji and Shrank 2023; Pandey et al. 2023). A well-funded strategy for improving health system performance would apply policies in a number of key areas simultaneously to address underlying factors (Drummond et al. 2023).

Social Care

To improve health system performance, reforms must expand outside healthcare. Reforms should include provincial and territorial social care systems that affect their residents' health and well-being. Not addressing residents' social determinants of health, such as poverty or homelessness, will perpetuate clogged emergency departments and overreliance on acute care.

Poverty is an acute problem when provincial and territorial healthcare delivery systems include many private providers whose services and products cause out-of-pocket costs to the patient. Physician and hospital care are free for most Canadians, yet mental healthcare services, vision or hearing technologies and mobility aids are not. The economically disadvantaged should not be forced to choose between high-quality diets or accessing needed drugs, mental health services and mobility aids.

With rising rates of episodic and chronic homelessness, stable high-quality housing is a precious and precarious commodity for some provincial and territorial residents. Person-centred care with consistency is challenging in these contexts and is associated with preventable emergency department visits and hospitalizations. Provincial and municipal governments need new housing policies – beyond affordability – that reflect health and well-being outcomes.

Delivery System

Provincial and territorial delivery systems are managed in silos that prioritize physical healthcare. This has created incentives for optimizing within but not across silos of care. New policies are needed that support people with complex physical and mental healthcare or social care needs across sectors, providers and settings.

Successive governments' failures to update the *Canada Health Act* (1985) for modern modalities of healthcare have exposed glaring gaps in provincially insured health services. Delisting of healthcare services, which occurred with physiotherapies, shifted the financial burden from the provinces or territories to their residents' financial resources. This created disparities in access to uninsured services, therapies and technologies according to financial status.

There have been few expansions of insured health services. The private-pay market for accessing services offered by mental healthcare providers, dietitians or occupational therapists contributes to disparities in health according to wealth. New policies are needed to extend provincial and territorial public insurance programs to improve access to physical and mental health services, drugs and technologies that improve health and well-being. The need is acute among subpopulations disadvantaged by the built-in inequities of accessing care.

The delivery system should focus on strengthening team-based primary care. Many residents cannot access a family doctor to manage their physical and mental health needs (Flood et al. 2023). The statistics support this claim: the Canadian Institute for Health Information (CIHI n.d.) reports that most Canadians are unable to access a family doctor when needed, and The College of Family Physicians of Canada (2023) reports that approximately 20% of Canadians are without a family physician. Policies that support access to primary and team-based models of care need to be expanded.

Health Human Resources

The COVID-19 pandemic laid bare significant shortcomings with provinces' and territories' management of their health human resources. Other than streamlining foreign-trained licensure and improving labour mobility, there are few quick fixes available to remedy existing shortages of skilled health professionals. The shortage and maldistribution of skills exacerbate delays in accessing care, such as waitlists for specialist consultation and surgery (Nagase et al. 2022). To attract and retain current and future healthcare professionals in all sectors, provinces and territories need new policies aimed at training programs, remuneration, work culture, extending scopes of practices and well-being.

Data and Information

Fragmentation of health data between providers and settings is a well-known problem in Canada. Lack of process and infrastructure means that important data regarding function or symptoms are not shared between physiotherapists, mental health professionals or private homecare providers and primary or secondary care providers. As articulated elsewhere, policies are needed to share data between sectors and extend further into community healthcare providers' settings (Expert Advisory Group 2022).

Provincial and territorial health systems are criticized for not collecting data that are meaningful to patients and their caregivers. The current focus on administrative and payment data misses key information regarding recovery goals, symptoms and caregiver burden. New mandates are needed to collect patient-reported outcome and experience data in order to align healthcare services with residents' preferences for treatment.

Payment Policy

The way that governments pay healthcare providers has an effect on their activities. For instance, hospitals manage their global budgets, which causes them to ration care. With the modest exceptions of partial capitation payments for primary care in several provinces and limited fee-for-service hospital payment in several provinces, for several decades there have been no significant changes in the methods that governments use to pay for the healthcare services that they remunerate (McKillop et al. 2001).

Reforms to the ways healthcare providers have been remunerated have been proposed in a number of countries. These significant reforms propose payment policies that create financial incentives for efficiency and improving health outcomes and moving away from paying per input, such as fee for service (Pandey et al. 2023; Struijs et al. 2012; Wise et al. 2022). While the concept of payment reform is not new to Canada (Drummond et al. 2023; Sutherland and Hellsten 2017), policy development, implementation and execution have fallen flat. Provinces and territories need to align their payment policies with the population-based health outcomes they seek to achieve.

Measurement and Evaluation

An organization with independence and access to existing and new streams of data is needed to provide stimulus to improve provinces' and territories' health systems' performance. The activities of the organization would include setting performance targets for provincial health systems, comparing provinces on the pace and effectiveness of their reforms – not unlike the Health and Welfare Commissioner of Quebec (Government of Québec 2023a, 2023b) – or providing technical support and advice. Progress on improving performance could be aligned with federal financial or non-pecuniary incentives for provincial and territorial governments or their healthcare provider organizations.

Canadians should not continue to accept their provinces' and territories' health systems ranking near the bottom of the league tables. Overly timid policies have not been effective over the past several decades. It is time for leadership and thoughtful coordinated policies that focus on improving health system performance.

In This Issue

This issue of *Healthcare Policy* is led by a Discussion and Debate article, which highlights wage disparities faced by personal support workers based on whether they work in publicly funded long-term care homes or home and community care settings. Drawing from statistics demonstrating acute needs for attracting labour to home and community care settings, Zagrodney et al. (2023) describe the implications of setting-neutral wage parity policies. The authors conclude that funding policies that improve wages for personal support workers would help stabilize and potentially expand the home and community care workforce.

A rejoinder to the article goes further and describes a need to increase wages and extend wage parity policies across a broader array of settings and industries (Kokorelias et al. 2023). Based on a broad array of evidence, the rejoinder describes a competitive labour market in which the home and community care sector competes for personal support workers with non-healthcare-related industries. Kokorelias et al. (2023) argue that a broader perspective to wage parity is needed to attract and retain home and community care workers and wages are an important signal of the value given to the profession.

This issue's second Discussion and Debate article describes significant barriers to accessing mental health services in the community (Gatov et al. 2023). The article reports that e-mental health services may be a promising approach to help address the gap in access, although expansion of e-mental health services should beget investments in enhancing digital literacy and competency in order to support equitable access.

The rejoinder to the above-mentioned article emphasizes the history of underfunding mental health services and the challenges patients encounter in attempting to access mental healthcare (Goldbloom and Gratzner 2023). The rejoinder points out that there are other treatment modalities that can complement e-mental health services. Goldbloom and Gratzner (2023) conclude that public investments in mental health services should be increased and coupled with better accountability for well-being outcomes.

A third Discussion and Debate article describes how Canada does not have paediatric drug provisions and lags behind many countries in requiring paediatric safety and efficacy data in new drug submissions (Moore Hepburn et al. 2023). Arguing that the unique physiological and pharmacological needs of children have been underserved, the article calls for expanding the authorities of Health Canada to mandate manufacturers to provide paediatric data with all new drug submissions.

A rejoinder to this article emphasizes the neglected state of paediatric drug provisions in Canada (Lewis 2023). This gap in the drug approval process may have caused some paediatric patients to miss out on treatment benefits and also has been associated with dosing uncertainty. Lewis (2023) points to possible policy options for Health Canada, which would align Canada with other countries.

The Data Matters article highlights the prevalence of healthcare services offered by employers to employees in Canada through third-party corporations (Spithoff and Mogie 2023). The objective of the study was to report on the characteristics of the “enterprise” platforms. The study found that millions of Canadians have access to physician services through the platforms and many offer same-day virtual visits with physicians. Spithoff and Mogie (2023) conclude that these platforms offer tiered access to physician services and may have deleterious effects on continuity of care.

The first manuscript in Research Papers focuses on evaluating whether provincial and territorial governments have quality targets for their health systems (Chan et al. 2023). Based on documentation analyses, the study reports whether ministries of health or their health authorities have targets, baseline measures and time-based changes and whether they issue progress reports on healthcare quality. The study finds that most jurisdictions do not establish quality targets though there are exemplars that provide clear objectives and targets.

The second manuscript in Research Papers explores vaccine hesitancy (Memedovich et al. 2023). Based on a cross-sectional survey of Canadian residents, the study explored residents’ reasons for receiving COVID-19 vaccines. The study found that the most common reason for remaining unvaccinated was the speed with which the vaccines were developed. Based on the results, the study concluded that adherence to the full-length traditional drug approval process is non-negotiable for some Canadians.

The final research study in this issue assesses factors associated with declining per capita family physician visits (Lavergne et al. 2023). Based on population-based administrative data from British Columbia, the study measured factors associated with service volume and physician visits. The study found that increasing levels of service use have exceeded the expected levels attributed to population aging. The study concluded that family physicians may have experienced increases in activities associated with care coordination.

Conclusion

We invite readers of articles and manuscripts to provide feedback to the journal. The journal also welcomes new submissions or suggestions for special topics. Please contact the editorial team to share your ideas.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Editor-in-Chief

References

- Barniji, R. and W.H. Shrank. 2023, June 23. Value Veneers and How to Enable Value in Medicaid Care Delivery. *Health Affairs*. Retrieved July 19, 2023. <<https://www.healthaffairs.org/content/forefront/value-veneers-and-enable-value-medicaid-care-delivery>>.
- Canada Health Act, R.S.C., 1985, c. C-6. Government of Canada. Retrieved July 18, 2023. <<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/page-1.html>>.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). n.d. 48 Results Found For "Family Doctor". Retrieved July 19, 2023. <https://www.cihi.ca/en/search?query=family%20doctor&fs1%5B0%5D=type_of_care%3A941>.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2022, November 3. National Health Expenditure Trends, 2022 – Snapshot. Retrieved July 19, 2023. <<https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends-2022-snapshot>>.
- Chan, B.T.B., S. Rallabandi and D. Florizone. 2023. How Timid or Bold Are Ministries of Health and Provincial Health Authorities in Canada in Planning for Healthcare Quality? *Healthcare Policy* 19(1): 81–98. doi:10.12927/hcpol.2023.27154.
- Drummond, D., D. Sinclair, D. Walker and D. Jones. 2023, June 15. *Roadmap for Reform: A Consensus View of the Viable Options Ahead for Canada's Healthcare "System"*. C.D. Howe Institute. Retrieved July 19, 2023. <https://www.cdhowe.org/sites/default/files/2023-06/For%20release%20Roadmap%20for%20healthcare%20Verbatim_0613_2023.pdf>.
- Expert Advisory Group. 2022, May. *Pan-Canadian Health Data Strategy: Toward a World-Class Health Data System. Expert Advisory Group – Final Report*. Public Health Agency of Canada Retrieved July 19, 2023. <<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/mandate/about-agency/external-advisory-bodies/list/pan-canadian-health-data-strategy-reports-summaries/expert-advisory-group-report-03-toward-world-class-health-data-system/expert-advisory-group-report-03-toward-world-class-health-data-system.pdf>>.
- Flood, C.M., B. Thomas and E. McGibbon. 2023. Canada's Primary Care Crisis: Federal Government Response. *Healthcare Management Forum*. doi:10.1177/08404704231183863.
- Gatov, E., G. Strudwick, D. Wiljer and P. Kurdyak. 2023. E-Mental Health Services in Canada: Can They Close the Access Gap? *Healthcare Policy* 19(1): 40–48. doi:10.12927/hcpol.2023.27159.
- Goldbloom, D. and D. Gratzner. 2023. Commentary: Minding the Gap in Access to Mental Health Services – Calling for Smart Funding, Not Just More Funding. *Healthcare Policy* 19(1): 49–53. doi:10.12927/hcpol.2023.27158.
- Government of Québec. 2023a, April 1. *Chapter C-32.1.1: Act Respecting the Health and Welfare Commissioner*. Retrieved July 19, 2023. <<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/en/pdf/cs/C-32.1.1.pdf>>.
- Government of Québec. 2023b, June 20. *Aging Well at Home – Volume 2: Quantifying Performance*. CSBE. Retrieved July 19, 2023. <<https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien- vieillir-chez-soi-tome-2-chiffres-performance.html>>.
- Kokorelias, K.M. and S.K. Sinha. 2023. Commentary: Minding the Gap – Why Wage Parity Is Crucial for the Care of Older Canadians. *Healthcare Policy* 19(1): 32–39. doi:10.12927/hcpol.2023.27160.

- Lavergne, R., S. Peterson, D. Rudoler, I. Scott, R. McCracken, G. Mitra et al. 2023. Productivity Decline or Administrative Avalanche? Examining Factors That Shape Changing Workloads in Primary Care. *Healthcare Policy* 19(1): 114–29. doi:10.12927/hcpol.2023.27152.
- Lewis, T. 2023. Commentary: The Injustice of Paediatric Drug Labelling in Canada – A Call to Action. *Healthcare Policy* 19(1): 65–70. doi:10.12927/hcpol.2023.27156.
- McKillop, I., G.H. Pink and L.M. Johnson. 2001. *The Financial Management of Acute Care in Canada: A Review of Funding, Performance Monitoring and Reporting Practices*. Canadian Institute for Health Information.
- Memedovich, A., B. Farkas, A. Hollis, C. Salmon, J. Hu, K. Zinszer et al. 2023. COVID-19 Vaccine's Speed to Market and Vaccine Hesitancy: A Cross-Sectional Survey Study. *Healthcare Policy* 19(1): 99–113. doi:10.12927/hcpol.2023.27153.
- Moore Hepburn, C., A.A. Chang and D.M. Levy. 2023. Reforming Paediatric Drug Regulations in Canada: A Clinical and an Access Imperative. *Healthcare Policy* 19(1): 54–64. doi:10.12927/hcpol.2023.27157.
- Nagase, F.N.I., T. Stafinski, M.E. Brindle, J. White, A. Young, S. Beesoon et al. 2022. Reducing the Wait for Surgical Consultation—What Works and What Doesn't?—A Review of Selected Countries in North America, Europe and Australasia. *Journal of Hospital Management and Health Policy* 6: 28. doi:10.21037/jhmhp-21-95.
- Pandey, A., D. Eastman, H. Hsu, M.J. Kerrissey, M.B. Rosenthal and A.T. Chien. 2023. Value-Based Purchasing Design and Effect: A Systematic Review and Analysis. *Health Affairs* 42(6): 813–21. doi:10.1377/hlthaff.2022.01455.
- Schneider, E.C., A. Shah, M.M. Doty, R. Tikkanen, K. Fields and R.D. Williams II. 2021, August. *Mirror, Mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. The Commonwealth Fund. Retrieved July 19, 2023. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf>.
- Spithoff, S. and L. Movic. 2023. Enterprise Healthcare Physician Services in Canada: An Environmental Scan. *Healthcare Policy* 19(1): 71–80. doi:10.12927/hcpol.2023.27155.
- Struijs, J.N., J.T. de Jong-van Til, L.C. Lemmens, H.W. Drewes, S.R. de Bruin and C.A. Baan. 2012. *Three Years of Bundled Payment for Diabetes Care in The Netherlands: Impact on Health Care Delivery Process and the Quality of Care*. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). Retrieved July 19, 2023. <<https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260013002.pdf>>.
- Sutherland, J.M. and E. Hellsten. 2017, January. *Integrated Funding: Connecting the Silos for the Healthcare We Need*. Commentary No. 463. C.D. Howe Institute. Retrieved July 19, 2023. <https://www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/Commentary_463.pdf>.
- The College of Family Physicians of Canada. 2023, July 10. Urgent Action Needed to Address the Family Medicine Crisis in Canada. Retrieved July 19, 2023. <<https://www.cfpc.ca/en/news-and-events/news-events/news-events/news-releases/2023/urgent-action-needed-to-address-the-family-medicin>>.
- Wise, S., J. Hall, P. Haywood, N. Khana, L. Hossain and K. van Gool. 2022. Paying for Value: Options for Value-Based Payment Reform in Australia. *Australian Health Review* 46(2): 129–33. doi:10.1071/AH21115.
- Zagrodney, K.A.P., E.C. King, D. Simon, K.A. Nichol and S.M. McKay. 2023. Economic Evidence for Home and Community Care Investment: The Case for Ontario Personal Support Workers' Wage Parity. *Healthcare Policy* 19(1): 23–31. doi:10.12927/hcpol.2023.27161.

Renverser la stigmatisation à l'égard des systèmes de soins de santé canadiens peu performants

SELON LES STATISTIQUES RÉCENTES, LA CROISSANCE DES DÉPENSES DE SANTÉ EST toujours élevée; au cours des dernières années, elle a dépassé 5 % (ICIS 2022). Une partie de cette croissance démesurée peut être attribuée à la pandémie de COVID-19, mais la cause n'est pas pertinente. Une forte croissance des dépenses dans le secteur de la santé n'est jamais une bonne perspective pour les contribuables ou pour l'éducation et les programmes sociaux qui se disputent les mêmes fonds. Les dépenses sont importantes, mais ce n'est pas le seul facteur qui permet de mesurer les efforts des provinces et territoires visant à financer des services qui maintiennent ou améliorent la santé des populations.

L'accès aux soins et leur qualité sont, quant à eux, d'importants indicateurs de performance. Malheureusement pour les Canadiens, le rendement de ces indicateurs n'est pas non plus très apprécié. Les données souvent citées du Fonds du Commonwealth montrent que le Canada se classe au dixième rang, parmi 11 pays étudiés, pour ce qui est du rendement du système de santé (Schneider et al. 2021). Pour reprendre une expression propre au hockey, comment les systèmes de santé gouvernementaux pourront-ils quitter le banc des pénalités afin d'effectuer les réformes substantielles nécessaires et cesser d'afficher un si mauvais rendement?

À mon avis, les gouvernements auront besoin d'une stratégie dynamique à plusieurs volets pour rattraper le rendement des systèmes de santé d'autres pays. Les Canadiens ne devraient plus accepter des gains lents et progressifs obtenus grâce à des politiques de faible intensité ou plaquées d'un « vernis de pacotille » (Batniji et Shrank 2023; Pandey et al. 2023). Une stratégie bien financée pour améliorer le rendement du système de santé devrait sans doute apporter des politiques simultanément dans un certain nombre de domaines clés afin d'aborder les facteurs sous-jacents (Drummond et al. 2023).

Soins sociaux

Pour améliorer la performance des systèmes de santé, les réformes doivent s'étendre au-delà

des soins de santé. Elles devraient inclure les systèmes de soins sociaux provinciaux et territoriaux qui ont une répercussion sur la santé et le bien-être des populations. Ne pas tenir compte des déterminants sociaux de la santé, comme la pauvreté ou l'itinérance, ne fera que nourrir l'engorgement des services d'urgence et accentuer la dépendance envers les soins de courte durée.

La pauvreté devient un sérieux problème quand un système de soins de santé provincial ou territorial comprend de nombreux fournisseurs privés dont les produits et services sont payés à même la poche des patients. Les soins médicaux et hospitaliers sont gratuits pour la plupart des Canadiens, mais les services de santé mentale, les technologies de la vision ou de l'ouïe et les aides à la mobilité ne le sont pas. Les personnes économiquement défavorisées ne devraient pas se voir obligées de choisir entre un régime alimentaire sain ou l'accès aux médicaments nécessaires, aux services de santé mentale et à l'aide à la mobilité.

Compte tenu de l'augmentation des taux d'itinérance épisodiques et chroniques, les logements stables et de qualité constituent un bien précieux et précaire pour certains. Prodiger des soins cohérents et axés sur la personne devient difficile dans ce contexte, et cela mène à des hospitalisations ou à des visites aux urgences qui seraient autrement évitables. Les gouvernements provinciaux et municipaux doivent mettre en place de nouvelles politiques de logement – au-delà des questions d'abordabilité – qui reflètent les résultats en matière de santé et de bien-être.

Système de prestation

Les systèmes de prestation provinciaux et territoriaux sont gérés en silos qui accordent la priorité aux soins de santé physique. Cela a créé des incitatifs pour optimiser les soins à l'intérieur des silos, mais pas à l'extérieur. De nouvelles politiques sont nécessaires pour soutenir les personnes ayant des besoins complexes en matière de soins de santé physique et mentale ou de soins sociaux, et ce, dans tous les secteurs et contextes ainsi que pour tous les types de fournisseurs.

Les échecs successifs des gouvernements à mettre à jour la *Loi canadienne sur la santé* (1985) afin de moderniser les soins de santé font voir des lacunes flagrantes dans les services de santé assurés par les provinces. La radiation de certains services, comme ce qui a eu lieu pour la physiothérapie, a placé le fardeau financier des provinces et des territoires dans les mains des citoyens. Cela a donné lieu à des disparités, selon la situation financière de chacun, en matière d'accès aux services, aux thérapies ou aux technologies non assurés.

Il y a eu peu d'expansion des services de santé assurés. Le marché privé des services offerts par les professionnels de la santé mentale, les diététistes ou les ergothérapeutes, contribue aux disparités de santé selon la richesse. Il faut de nouvelles politiques pour élargir les programmes d'assurance publique provinciaux et territoriaux afin d'améliorer l'accès aux services de santé physique et mentale, aux médicaments et aux technologies. Le besoin est pressant parmi les sous-populations défavorisées par les inégalités inhérentes à l'accès aux soins.

Le système de prestation devrait se concentrer sur le renforcement des soins primaires en équipe. De nombreux résidents n'ont pas accès à un médecin de famille pour gérer leurs besoins en santé physique et mentale (Flood et al. 2023). Les statistiques appuient cette affirmation : l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS s.d.) signale que la plupart des Canadiens sont incapables d'avoir accès à un médecin de famille au besoin. Pour sa part, le Collège des médecins de famille du Canada (2023) signale qu'environ 20 % des Canadiens n'ont pas de médecin de famille. Il faut élargir les politiques qui favorisent l'accès aux modèles de soins primaires et en équipe.

Ressources humaines en santé

La pandémie de COVID-19 a révélé d'importantes lacunes dans la gestion des ressources humaines en santé des provinces et des territoires. Outre la rationalisation du processus d'autorisation pour les personnes formées à l'étranger et l'amélioration de la mobilité de la main-d'œuvre, il existe peu de solutions rapides pour remédier aux pénuries actuelles de professionnels qualifiés. La pénurie et la mauvaise répartition des compétences aggravent les retards dans l'accès aux soins, comme les listes d'attente pour une consultation ou une chirurgie chez un spécialiste (Nagase et al. 2022). Pour attirer et retenir les professionnels de la santé dans tous les secteurs, les provinces et les territoires ont besoin de nouvelles politiques qui visent les programmes de formation, la rémunération, la culture de travail, l'élargissement des champs de compétences et le bien-être.

Données et informations

La fragmentation des données sur la santé entre les fournisseurs et les établissements est un problème bien connu au Canada. Le manque de processus et d'infrastructure signifie que certaines données importantes sur la fonction ou les symptômes ne sont pas partagées entre les physiothérapeutes, les professionnels de la santé mentale ou les fournisseurs de soins à domicile privés et les fournisseurs de soins primaires ou secondaires. Comme on l'a expliqué ailleurs, des politiques sont nécessaires pour permettre le partage des données entre les secteurs et s'étendre davantage aux contextes des fournisseurs de soins de santé communautaires (Comité consultatif d'experts 2022).

Les systèmes de santé provinciaux et territoriaux sont critiqués pour ne pas recueillir de données significatives pour les patients et leurs soignants. L'accent mis actuellement sur les données administratives et les données sur les paiements ne contient pas de renseignements clés sur les objectifs de rétablissement, les symptômes et le fardeau des aidants naturels. De nouveaux mandats seront nécessaires pour recueillir les résultats et les données sur l'expérience des patients afin d'harmoniser les services de santé avec les préférences de la population en matière de traitement.

Politique de paiement

La façon dont les gouvernements rémunèrent les prestataires de soins a un impact sur leurs activités. Par exemple, les hôpitaux gèrent des budgets globaux, ce qui les amène à rationner les soins. Outre la modeste exception des paiements par capitation partiels pour les soins primaires et du paiement à l'acte des services hospitaliers dans plusieurs provinces, il n'y a eu aucun changement important depuis des années dans les méthodes utilisées par les gouvernements pour la rémunération des services de santé (McKillop et al. 2001).

Des réformes pour la rémunération des prestataires de soins ont été proposées dans un certain nombre de pays. Ces réformes importantes proposent des politiques de paiement qui créent des incitatifs financiers pour l'efficacité et l'amélioration des résultats en matière de santé et qui délaissent le paiement par intrant, comme la rémunération à l'acte (Pandey et al. 2023; Struijs et al. 2012; Wise et al. 2022). Bien que l'idée d'une réforme des paiements ne soit pas nouvelle au Canada (Drummond et al. 2023; Sutherland et Hellsten 2017), l'élaboration, la mise en œuvre et l'exécution des politiques stagnent. Les provinces et les territoires doivent harmoniser leurs politiques de paiement avec les résultats qu'ils tentent d'obtenir en matière de santé axée sur la population.

Mesure et évaluation

Une organisation indépendante et ayant accès aux flux de données existants et nouveaux est nécessaire pour stimuler l'amélioration du rendement des systèmes de santé des provinces et des territoires. Les activités de l'organisme pourraient comprendre l'établissement d'objectifs de rendement pour les systèmes de santé provinciaux, la comparaison entre les provinces sur le rythme et l'efficacité de leurs réformes – un peu comme le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (gouvernement du Québec 2023a, 2023b) – ou encore la mise en place d'un soutien technique et de conseils. Les progrès en matière d'amélioration du rendement pourraient s'harmoniser avec les incitatifs financiers ou non pécuniaires fédéraux pour les gouvernements provinciaux et territoriaux ou leurs organisations de soins de santé.

Les Canadiens ne devraient plus accepter que les systèmes de santé de leur province et de leur territoire se positionnent parmi les derniers rangs dans les classements. Les politiques trop timides n'ont pas été efficaces au cours des dernières décennies. Il est temps de faire preuve de leadership et d'élaborer des politiques coordonnées et réfléchies qui visent à améliorer le rendement du système de santé.

Dans le présent numéro

Ce numéro de *Politiques de Santé* commence par un article de la section Discussions et débats qui met en lumière les disparités salariales auxquelles sont confrontés les préposés aux services de soutien à la personne selon qu'ils travaillent dans des foyers de soins de longue durée financés par le secteur public ou dans le contexte des soins à domicile et en milieu communautaire. S'appuyant sur des statistiques qui démontrent le besoin urgent d'attirer la main-d'œuvre dans les soins à domicile et communautaires, Zagrodny et al. (2023) décrivent

les répercussions de la mise en place de politiques qui visent la parité salariale. Les auteurs concluent que des politiques de financement qui améliorent les salaires des préposés aux services de soutien à la personne contribueraient à stabiliser et possiblement à accroître la main-d'œuvre des soins à domicile et en milieu communautaire.

Une réplique à cet article va plus loin et décrit la nécessité d'augmenter les salaires et d'étendre les politiques de parité salariale à un plus large éventail de contextes et d'industries (Kokorelias et al. 2023). Fondée sur un vaste ensemble de données probantes, la réplique décrit un marché du travail concurrentiel dans lequel le secteur des soins à domicile et communautaires doit faire concurrence aux industries non liées à la santé pour attirer les préposés aux services de soutien à la personne. Kokorelias et al. (2023) soutiennent qu'une perspective plus large de la parité salariale est nécessaire pour attirer et retenir les travailleurs en soins à domicile et en milieu communautaire, et les salaires sont un signe important de la valeur accordée à la profession.

Le deuxième article de la section Discussions et débats décrit les obstacles importants à l'accès aux services de santé mentale dans la collectivité (Gatov et al. 2023). L'article indique que les services de santé mentale en ligne peuvent constituer une approche prometteuse pour aider à combler l'écart d'accès, bien que leur expansion devrait s'accompagner d'investissements dans l'amélioration de la littératie et des compétences numériques afin de favoriser l'équité d'accès.

La réplique à cet article met l'accent sur l'histoire du sous-financement des services de santé mentale et sur les défis auxquels les patients font face lorsqu'ils tentent d'accéder aux soins de santé mentale (Goldbloom et Gratzner 2023). La réplique souligne que d'autres modalités de traitement pourraient venir compléter les services de santé mentale en ligne. Goldbloom et Gratzner (2023) concluent qu'il convient d'accroître l'investissement public dans les services de santé mentale et qu'il faut une meilleure reddition de comptes pour les résultats en matière de bien-être.

Le troisième article de la section Discussions et débats décrit le manque de dispositions relatives aux médicaments pédiatriques et le retard du Canada par rapport à plusieurs pays quant à l'exigence de présenter des données sur l'innocuité et l'efficacité pédiatriques dans les demandes d'approbation pour de nouveaux médicaments (Moore Hepburn et al. 2023). Faisant valoir que les besoins physiologiques et pharmacologiques uniques des enfants ont été mal desservis, l'article demande que les pouvoirs de Santé Canada soient élargis afin d'obliger les fabricants à fournir des données pédiatriques dans toute présentation de nouveaux médicaments.

La réplique à cet article souligne l'état négligé des dispositions sur les médicaments pédiatriques au Canada (Lewis 2023). En plus de mener à une incertitude posologique, cette lacune dans le processus d'approbation des médicaments pourrait avoir fait en sorte que certains patients pédiatriques n'aient pas bénéficié des avantages d'un traitement donné. Lewis (2023) propose des choix stratégiques possibles pour Santé Canada, lesquels permettraient d'harmoniser les pratiques du Canada avec celles d'autres pays.

L'article de la section Question de données souligne la prévalence au Canada des services de santé offerts par les employeurs aux employés par l'entremise de sociétés tierces (Spithoff et Movic 2023). L'objectif de l'étude était de rendre compte des caractéristiques de ces plateformes « d'entreprise ». L'étude révèle que des millions de Canadiens ont accès aux services médicaux par l'entremise de telles plateformes et que bon nombre d'entre elles offrent des consultations virtuelles le jour même avec des médecins. Spithoff et Movic (2023) concluent que ces plateformes offrent un accès progressif aux services médicaux et qu'elles pourraient avoir des effets néfastes sur la continuité des soins.

Le premier manuscrit présenté dans la section Rapports de recherche vise à évaluer dans quelle mesure les gouvernements provinciaux et territoriaux se sont dotés d'objectifs concernant la qualité de leur système de santé (Chan et al. 2023). À partir d'analyses documentaires, l'étude indique dans quelle mesure il y a, chez les ministères de la Santé ou leurs autorités sanitaires, des objectifs, des mesures de référence et des échéanciers, et si ces organismes publient des rapports d'étape sur la qualité des soins de santé. L'étude révèle que la plupart des administrations n'établissent pas d'objectifs concernant la qualité des soins, bien qu'on puisse trouver certains exemples où il y a des objectifs et des cibles clairs.

Le deuxième manuscrit de la section Rapports de recherche se penche sur l'hésitation face à la vaccination (Memedovich et al. 2023). À partir d'un sondage transversal mené auprès de Canadiens, l'étude explore les raisons pour lesquelles ils acceptaient ou non de se faire vacciner contre la COVID-19. On y révèle que la raison la plus évoquée pour justifier le refus de la vaccination est la rapidité avec laquelle les vaccins ont été mis au point. D'après les résultats, l'étude conclut que le respect du processus entier traditionnel pour l'approbation des médicaments n'est pas négociable aux yeux de certains Canadiens.

L'article de recherche qui termine ce numéro évalue les facteurs associés à la diminution des consultations chez le médecin de famille par habitant (Lavergne et al. 2023). À partir de données administratives fondées sur la population de la Colombie-Britannique, l'étude mesure les facteurs associés au volume de services et aux visites chez le médecin. L'étude révèle que les niveaux croissants d'utilisation des services dépassent les niveaux prévus attribués au vieillissement de la population. L'étude conclut que les médecins de famille pourraient avoir connu une augmentation de leurs activités associées à la coordination des soins.

Conclusion

Nous invitons les lecteurs d'articles et de manuscrits à faire part de leurs commentaires à la revue. La revue accueille également les nouvelles propositions ou suggestions pour des sujets spéciaux. Veuillez communiquer avec l'équipe éditoriale pour faire part de vos idées.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Rédacteur en chef

Références

- Batniji, R. et W.H. Shrank. 23 juin 2023. Value Veneers and How to Enable Value in Medicaid Care Delivery. *Health Affairs*. Consulté le 19 juillet 2023. <<https://www.healthaffairs.org/content/forefront/value-veneers-and-enable-value-medicare-care-delivery>>.
- Chan, B.T.B., S. Rallabandi et D. Florizone. 2023. Dans quelle mesure les ministères canadiens de la Santé et les autorités sanitaires provinciales sont-ils timides ou audacieux dans la planification de la qualité des soins de santé? *Politiques de Santé* 19(1): 81–98. doi:10.12927/hcpol.2023.27154.
- Comité consultatif d'experts. Mai 2022. *Stratégie pancanadienne de données sur la santé : vers un système de données sur la santé de calibre mondial. Comité consultatif d'experts – rapport final*. Agence de la santé publique du Canada. Consulté le 19 juillet 2023. <<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/mandate/about-agency/external-advisory-bodies/list/pan-canadian-health-data-strategy-reports-summaries/expert-advisory-group-report-03-toward-world-class-health-data-system/rapport-03-comite-consultatif-experts-vers-systeme-donnees-sante-calibre-mondial.pdf>>.
- Drummond, D., D. Sinclair, D. Walker et D. Jones. 15 juin 2023. *Roadmap for Reform: A Consensus View of the Viable Options Ahead for Canada's Healthcare "System"*. C.D. Howe Institute. Consulté le 19 juillet 2023. <https://www.cdhowe.org/sites/default/files/2023-06/For%20release%20Roadmap%20for%20healthcare%20Verbatim_0613_2023.pdf>.
- Flood, C.M., B. Thomas et E. McGibbon. 2023. Canada's Primary Care Crisis: Federal Government Response. *Healthcare Management Forum*. doi:10.1177/08404704231183863.
- Gatov, E., G. Strudwick, D. Wiljer et P. Kurdyak. 2023. Les services de santé mentale en ligne au Canada peuvent-ils combler les écarts en matière d'accès? *Politiques de Santé* 19(1): 40–48. doi:10.12927/hcpol.2023.27159.
- Goldbloom, D. et D. Gratzner. 2023. Commentaire : Comblent l'écart dans l'accès aux services de santé mentale – appel à un financement intelligent, pas seulement plus de financement. *Politiques de Santé* 19(1): 49–53. doi:10.12927/hcpol.2023.27158.
- Gouvernement du Québec. 2023a, 1 avril. *Chapitre C-32.1.1 : Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être*. Consulté le 19 juillet 2023. <<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/C-32.1.1.pdf>>.
- Gouvernement du Québec. 2023b, 20 juin. *Bien vieillir chez soi – tome 2 : chiffrer la performance*. CSBE. Consulté le 19 juillet 2023. <<https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien-vieillir-chez-soi-tome-2-chiffrer-performance.html>>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). s.d. 48 résultats pour une recherche au moyen des mots-clés « Family Doctor ». Consulté le 19 juillet 2023. <https://www.cih.ca/en/search?query=family%20doctor&fs1%5B0%5D=type_of_care%3A941>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 3 novembre 2022. Tendances des dépenses nationales de santé, 2022 — analyse éclair. Consulté le 19 juillet 2023. <<https://www.cih.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante-2022-analyse-eclair>>.
- Kokorelias, K.M. et S.K. Sinha. 2023. Commentaire : Attention à l'écart – pourquoi la parité salariale est cruciale pour les soins aux aînés canadiens. *Politiques de Santé* 19(1): 32–39. doi:10.12927/hcpol.2023.27160.
- Lavergne, R., S. Peterson, D. Rudoler, I. Scott, R. McCracken, G. Mitra et al. 2023. Baisse de productivité ou avalanche administrative? Examen des facteurs qui façonnent l'évolution des charges de travail en soins primaires. *Politiques de Santé* 19(1): 114–29. doi:10.12927/hcpol.2023.27152.
- Le collège des médecins de famille du Canada. 10 juillet 2023. Une action urgente est nécessaire pour remédier à la crise en médecine de famille au Canada. Consulté le 19 juillet 2023. <<https://www.cfpc.ca/fr/news-and-events/news-events/news-events/news-releases/2023/urgent-action-needed-to-address-the-family-medicine>>.
- Lewis, T. 2023. Commentaire : L'injustice de l'étiquetage des médicaments pédiatriques au Canada – un appel à l'action. *Politiques de Santé* 19(1): 65–70. doi:10.12927/hcpol.2023.27156.
- Loi canadienne sur la santé*, L.R.C., 1985, ch. C-6. Gouvernement du Canada. Consulté le 18 juillet 2023. <<https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/page-1.html>>.

- McKillop, I., G.H. Pink et L.M. Johnson. 2001. *The Financial Management of Acute Care in Canada: A Review of Funding, Performance Monitoring and Reporting Practices*. Canadian Institute for Health Information.
- Memedovich, A., B. Farkas, A. Hollis, C. Salmon, J. Hu, K. Zinszer et al. 2023. Rapidité de mise en marché du vaccin contre la COVID-19 et hésitation à se faire vacciner : une étude transversale. *Politiques de Santé* 19(1): 99–113. doi:10.12927/hcpol.2023.27153.
- Moore Hepburn, C., A.A. Chang et D.M. Levy. 2023. Réforme du règlement sur les médicaments pédiatriques au Canada : un impératif clinique et un impératif d'accès. *Politiques de Santé* 19(1): 54–64. doi:10.12927/hcpol.2023.27157.
- Nagase, F.N.I., T. Stafinski, M.E. Brindle, J. White, A. Young, S. Beesoon et al. 2022. Reducing the Wait for Surgical Consultation—What Works and What Doesn't?—A Review of Selected Countries in North America, Europe and Australasia. *Journal of Hospital Management and Health Policy* 6: 28. doi:10.21037/jhmhp-21-95.
- Pandey, A., D. Eastman, H. Hsu, M.J. Kerrissey, M.B. Rosenthal et A.T. Chien. 2023. Value-Based Purchasing Design and Effect: A Systematic Review and Analysis. *Health Affairs* 42(6): 813–21. doi:10.1377/hlthaff.2022.01455.
- Schneider, E.C., A. Shah, M.M. Doty, R. Tikkanen, K. Fields et R.D. Williams II. Août 2021. *Mirror, Mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. The Commonwealth Fund. Consulté le 19 juillet 2023. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf>.
- Spithoff, S. et L. Movic. 2023. Les services médicaux d'entreprise au Canada : analyse de la conjoncture. *Politiques de Santé* 19(1): 71–80. doi:10.12927/hcpol.2023.27155.
- Struijs, J.N., J.T. de Jong-van Til, L.C. Lemmens, H.W. Drewes, S.R. de Bruin et C.A. Baan. 2012. *Three Years of Bundled Payment for Diabetes Care in The Netherlands: Impact on Health Care Delivery Process and the Quality of Care*. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). Consulté le 19 juillet 2023. <<https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260013002.pdf>>.
- Sutherland, J.M. et E. Hellsten. Janvier 2017. *Integrated Funding: Connecting the Silos for the Healthcare We Need*. Commentary No. 463. C.D. Howe Institute. Consulté le 19 juillet 2023. <https://www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/Commentary_463.pdf>.
- Wise, S., J. Hall, P. Haywood, N. Khana, L. Hossain et K. van Gool. 2022. Paying for Value: Options for Value-Based Payment Reform in Australia. *Australian Health Review* 46(2): 129–33. doi:10.1071/AH21115.
- Zagrodny, K.A.P., E.C. King, D. Simon, K.A. Nichol et S.M. McKay. 2023. Données économiques sur l'investissement dans les soins à domicile et en milieu communautaire : la cause de la parité salariale des préposés aux services de soutien à la personne en Ontario. *Politiques de Santé* 19(1): 23–31. doi:10.12927/hcpol.2023.27161.