

Health Services Research and Government's Spending on Healthcare Programs: A Welcome Misalignment?

EXCLUDING CAPITAL PROJECTS, SPENDING ON HOSPITALS, PHYSICIANS AND DRUGS makes up more than two thirds of provincial and territorial governments' healthcare spending (CIHI 2019). One expects that health services and policy research would be aligned with where the money flows and yet, there is a misalignment. For example, research as published by *Healthcare Policy*, is not so neatly aligned with provincial and territorial governments' healthcare spending patterns. In this issue, for instance, there are only two such articles – one related to medication adherence and cost, and another related to payment policy associated with a hospital's alternative level of care utilization. The previous issue of *Healthcare Policy* was similarly focused, with only two articles the study settings of which were primary care.

What does this misalignment mean? Is something important missing between research and governments' emphases?

There are several possible reasons for the mismatch that bear careful evaluation: Canadian hospital-, physician- and drug-related health services and policy research is being published elsewhere; these three sectors are not as attractive to researchers because there is little policy movement in them; provincial and territorial governments have not aligned their research imperatives with local research centres very well; or research funders – including the Canadian Institutes of Health Research – are not aligning their funded projects with the governments' policy imperatives or programs. Some or all of these reasons may be true.

Irrespective of the causal factors associated with applied health services and policy research outputs, one thing is certain: contemporaneous topics being generated by the Canadian health services research community are conclusively oriented in directions other than hospitals, physicians or drugs.

Provinces' and territories' recent initiatives on integrating care, strengthening allied sectors and between-sector innovations are rightly drawing attention from researchers. This activity is now paying dividends to government decision makers and policy makers with

applied research outputs. Publications in these areas represent an important new emphasis on health and healthcare beyond the medicare-funded hospital and physician sectors. *Healthcare Policy* welcomes these developments and will continue to provide a forum for peer review, engagement and dissemination.

In the editorial of the previous issue of *Healthcare Policy*, I noted that all of the articles came from Ontario (Sutherland 2020). This issue has the same provincial bias – most of the articles' settings are in Ontario. I will work to encourage authors to address important issues of generalizability and diversity in other settings so that all provincial, territorial and federal decision and policy makers feel compelled to think through the implications of *Healthcare Policy*'s manuscripts in their settings.

In this issue

Leading this issue of *Healthcare Policy* is a commentary by Thomas and Flood (2020), which presents the contemporaneous issue of falling rates of childhood vaccination, the concept of vaccine hesitancy and mass immunization. Underlined with examples drawn from Ontario, the authors make a case for elimination of non-medical exemptions to vaccination due to religion or conscience. Describing that more data is needed, the authors posit that mandatory vaccinations, albeit controversial, can withstand *Charter* challenges.

The commentary is followed by a rejoinder (Beaman 2020). The author agrees that additional data is needed to inform the balance between individual and societal interests and potential harms. Beaman also adds that the COVID-19 pandemic and the rights of children may similarly affect the court's possible positions regarding mandatory vaccinations.

Guerriere et al. (2020) used a qualitative design-based study to explore relationships between a family caregiver's labor force transitions during a patient's phase of palliative care. Based in two of Ontario's palliative care programs, primary caregivers of palliative care patients were interviewed and changes in employment status measured. The study found changes reported by the participants – some described working more and others, working less – possibly associated with episodes of intense caregiving demand.

In their paper, Wong et al. (2020) explore public funding of alternate level of care (ALC), a chronic issue affecting cancer surgery patients among provinces' hospitals. Using population-based data, and in the context of episode-based funding for cancer surgery, the study found that hospitals' volume of ALC days among cancer surgery patients was small and that the per day cost of ALC is not far from \$1,000. The authors posited that a combination of policies that integrate sectors is needed to improve ALC within Ontario.

Leadership in digital innovation in healthcare is complex; federal agencies, provincial programs and a hospital's local priorities and initiatives muddy the waters about who is responsible for identifying and implementing innovations. Desveaux et al (2020) from Ontario leveraged a digit health symposium to conduct a qualitative study examining the role of academic medical centres in vetting and promulgating digital health innovations. The

authors concluded that academic medical centres can play a unique role as catalysts of adoption of digital health innovations.

Identifying residents of retirement homes is challenging. Gaps in administrative data mean that residents of retirement homes cannot be confidently identified. These gaps have significant implications for health services research aimed at the elderly and frail. Addressing this problem, Brath et al. (2020) developed methods for using postal codes to identify retirement home residents in Ontario. This method-oriented paper provides a roadmap for other provinces' researchers and governments to develop similar tools for measuring health- and healthcare-seeking behaviours of these residents.

Using repeated cross-sectional design and data from the Canadian Community Health Survey, Amoud et al. (2020) studied the association between prescription medication cost coverage and type 2 diabetes and hypertension oral medication adherence among adults in Ontario and New Brunswick. Adjusted results found that lacking insurance for drug costs was associated with poorer adherence over the study period. The authors conclude that this study provides additional evidence that medication costs are likely associated with medication adherence and impacting disease progression.

Feldman et al. (2020) report the results of a survey of Canadian rheumatologists' perceptions regarding a physical therapist's ability to appropriately refer patients. According to the findings, rheumatologists acknowledged that physical therapists could appropriately refer patients for specialty care. However, this conclusion was offset by the finding that a low proportion of respondents would accept a therapist's referrals. The authors concluded that a financial lever was needed: rheumatologists would be more likely to accept referrals from physiotherapists if they could bill for full consultations.

In a cross-sectional study conducted in Ontario, Veloce et al. (2020) explored whether the general public distinguished between the terms *nutritionist* and *dietitian*. The study found that there was substantial confusion regarding the difference between the terms, and concluded that this confusion had the potential to cause harm to Ontarians because dietitians have a regulatory responsibility for standards of care. The authors proposed legislative amendments to clarify the use of terms to reduce confusion about the respective roles and training.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Editor-in-Chief

References

- Amoud, R., K. Grindrod, M. Cooke and M.W. Alsabbagh. 2020. The Impact of Prescription Medication Cost Coverage on Oral Medication Use for Hypertension and Type 2 Diabetes Mellitus. *Healthcare Policy* 16(2): 82–100. doi:10.12927/hcpol.2020.26351.
- Beaman, L.G. 2020. Commentary: Cautionary Notes on Exemption Elimination. *Healthcare Policy* 16(2): 21–4. doi:10.12927/hcpol.2020.26356.
- Brath, H., S.J. Kim, S.E. Bronskill, P.A. Rochon and N.M. Stall. 2020. Co-Locating Older Retirement Home Residents: Uncovering an Under-Researched Population via Postal Code. *Healthcare Policy* 16(2): 69–81. doi:10.12927/hcpol.2020.26352.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2019. National Health Expenditure Trends, 1975 to 2019. Retrieved September 28, 2020. <<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex-trends-narrative-report-2019-en-web.pdf>>.
- Desveaux, L., L.T. Kelley, R.S. Bhatia and T. Jamieson. 2020. Catalyzing Digital Health Innovation in Ontario: The Role of an Academic Medical Centre. *Healthcare Policy* 16(2): 55–68. doi:10.12927/hcpol.2020.26353.
- Feldman, D.E., M. Zimmer, T. Orozco, J. El-Khoury, F. Desmeules, M. Laliberté et al. 2020. Rheumatologists' Acceptance of Patient Referrals from Physical Therapists. *Healthcare Policy* 16(2): 101–10. doi:10.12927/hcpol.2020.26350.
- Guerriere, D., A. Husain, D. Marshall, B. Zagorski, J. Kennedy and P.C. Coyte. 2020. Transitions in Labour Force Participation over the Palliative Care Trajectory. *Healthcare Policy* 16(2): 25–40. doi:10.12927/hcpol.2020.26355.
- Sutherland, J.M. 2020. The Changing Face of Healthcare Delivery: Making Room for Other Disciplines. *Healthcare Policy* 16(1): 6–9. doi:10.12927/hcpol.2020.26295.
- Thomas, B. and C.M. Flood. 2020. Eliminating Religious and Philosophical Exemptions: The Next Step in Ontario's Campaign against Vaccine Hesitancy. *Healthcare Policy* 16(2): 14–20. doi:10.12927/hcpol.2020.26357.
- Veloce, D., M. Fisher, C. O'Connor, B. Hartman and J.R. Horne. 2020. The Ontario Public Does Not Understand the Difference Between Registered Dietitians and Unregulated "Nutritionists": Results from a Cross-Sectional Mixed Methods Study. *Healthcare Policy* 16(2): 111–26. doi:10.12927/hcpol.2020.26349.
- Wong, J., S. Milroy, K. Sun, P. Iorio, M. Seto, J. Monakova et al. 2020. Reallocating Cancer Surgery Payments for Alternate Level of Care in Ontario: What Are the Options? *Healthcare Policy* 16(2): 41–54. doi:10.12927/hcpol.2020.26354.

NEW

*Listen to podcasts of Insights
and Presentations from experts
in Healthcare*

Longwoods**Radio**.com



Recherche sur les services de santé et dépenses publiques pour les programmes de soins de santé : un désalignement bienvenu?

LES DÉPENSES POUR LES HÔPITAUX, LES MÉDECINS ET LES MÉDICAMENTS représentent à elles seules – si on exclut les projets d’immobilisation – plus des deux tiers des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux pour la santé (ICIS 2019). On s’attendrait à ce que les services de santé et la recherche s’alignent sur les flux d’argent, et pourtant, il y a désalignement. Par exemple, la recherche, comme celle publiée par *Politiques de Santé*, n’est pas parfaitement alignée sur les régimes de dépense en santé des gouvernements provinciaux et territoriaux. Dans le présent numéro, par exemple, il n’y a que deux articles de ce type : l’un sur l’observance thérapeutique et le coût des médicaments, l’autre sur les politiques de paiement associées à l’utilisation d’un autre niveau de soins par un hôpital. Le même phénomène s’observait dans le numéro précédent de *Politiques de Santé* : seulement deux articles concernaient les soins primaires.

Que signifie ce désalignement? Manque-t-il des choses importantes entre la recherche et les intérêts des gouvernements?

Plusieurs raisons pouvant expliquer cette inadéquation méritent une attention particulière : on publie ailleurs de la recherche sur les politiques et les services de santé dans le contexte des hôpitaux, du travail des médecins ou des médicaments au Canada; ces trois secteurs ne sont pourtant pas très attrayants pour les chercheurs, car il y a peu de dynamiques politiques en eux; les gouvernements provinciaux et territoriaux n’ont pas su bien harmoniser leurs impératifs de recherche avec les centres locaux de recherche; ou encore, les bailleurs de fonds – notamment les Instituts de recherche en santé du Canada – n’alignent pas leurs projets financés sur les impératifs ou programmes politiques des gouvernements. Certaines ou toutes ces raisons peuvent être vraies.

Indépendamment des facteurs de causalité associés aux extrants de la recherche sur les politiques et les services de santé, une chose est certaine : les sujets actuels abordés par la

communauté de la recherche sur les services de santé au Canada sont définitivement orientés dans des directions autres que les hôpitaux, les médecins ou les médicaments.

Les récentes initiatives des provinces et territoires sur l'intégration des soins, le renforcement des secteurs connexes ou les innovations intersectorielles attirent à juste titre l'attention des chercheurs. Cette activité rapporte des dividendes aux responsables gouvernementaux et aux décideurs grâce aux résultats de la recherche appliquée. Les publications dans ces domaines témoignent de la nouvelle importance accordée à la santé et aux soins de santé, au-delà du secteur des services hospitaliers et des consultations médicales financés par l'assurance maladie. *Politiques de Santé* se réjouit de ces développements et continuera de fournir un forum pour l'examen par les pairs, l'engagement et la diffusion.

Dans l'éditorial du dernier numéro de *Politiques de Santé*, j'observais que tous les articles provenaient de l'Ontario (Sutherland 2020). On constate le même biais pour le présent numéro : la plupart des contextes étudiés concernent l'Ontario. Je m'efforcerais d'encourager les auteurs à se pencher sur l'importance de la généralisabilité et de la diversité dans d'autres contextes afin que tous les décideurs provinciaux, territoriaux et fédéraux soient portés à réfléchir aux répercussions des articles de notre revue dans leur propre contexte.

Dans le présent numéro

Le commentaire de Thomas et Flood (2020), qui ouvre ce numéro, présente le problème actuel de la baisse des taux de vaccination des enfants, du concept de réticence à la vaccination et de la vaccination de masse. Forts d'exemples tirés de l'Ontario, les auteurs plaident en faveur de l'élimination des exemptions non médicales à la vaccination pour motifs religieux ou de conscience. Tout en indiquant que davantage de données sont nécessaires, ils affirment que la vaccination obligatoire, bien que controversée, peut résister aux contestations judiciaires qui invoquent la *Charte*.

Le commentaire est suivi d'une réplique (Beaman 2020). L'auteure convient qu'il faut obtenir plus de données pour bien définir le point d'équilibre entre, d'une part, les intérêts individuels et sociétaux et, d'autre part, les préjudices potentiels. Beaman ajoute également que la pandémie de COVID-19 et le droit de l'enfant pourraient aussi affecter la position d'un tribunal face aux vaccinations obligatoires.

Guerriere et coll. (2020) ont eu recours à une étude qualitative pour explorer la transition de la main-d'œuvre chez les proches aidants dans le contexte des soins palliatifs. Dans le cadre de deux programmes de soins palliatifs en Ontario, les proches aidants ont été interrogés et les changements de statut d'emploi mesurés. L'étude a révélé des changements signalés par les participants – certains ont indiqué travailler plus et d'autres, travailler moins – et possiblement associés à des épisodes de demande intense de soins.

Dans leur article, Wong et coll. (2020) explorent le financement public d'un autre niveau de soins (ANS), un problème chronique qui touche les patients en chirurgie oncologique dans les hôpitaux. En utilisant des données basées sur la population, et dans le contexte du

financement pour la chirurgie oncologique, l'étude révèle que le volume de journées ANS chez les patients ayant subi une chirurgie oncologique était faible et que le coût journalier des ANS n'était pas loin de 1 000 \$. Les auteurs avancent qu'une combinaison de politiques intégrant les divers secteurs est nécessaire pour améliorer l'ANS en Ontario.

La question du leadership en innovation numérique dans les soins de santé est complexe : les organismes fédéraux, les programmes provinciaux ainsi que les priorités ou initiatives hospitalières locales ne permettent pas de déterminer qui est responsable de l'identification et de la mise en œuvre des innovations. Desveaux et coll. (2020), de l'Ontario, ont profité d'un symposium sur la santé numérique pour mener une étude qualitative examinant le rôle des centres médicaux universitaires dans la vérification et la promulgation d'innovations en santé numérique. Les auteurs concluent que les centres médicaux universitaires peuvent jouer un rôle particulier en tant que catalyseurs de l'adoption des innovations.

Identifier les résidents des maisons de retraite est un défi. Les lacunes dans les données administratives ne facilitent certainement pas la tâche. Ces lacunes ont des répercussions importantes sur la recherche visant les personnes âgées et fragiles. Pour résoudre ce problème, Brath et coll. (2020) ont mis au point une méthode d'utilisation des codes postaux pour identifier les résidents des maisons de retraite en Ontario. Leur article fournit une feuille de route pour les chercheurs et les gouvernements d'autres provinces afin de développer des outils similaires pour mesurer les comportements de santé et d'accès aux soins chez ce type de résidents.

Au moyen d'une méthode transversale répétée et des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Amoud et coll. (2020) ont étudié le lien entre la couverture du coût des médicaments sur ordonnance et l'observance de la médication contre le diabète de type 2 et l'hypertension, chez les adultes en Ontario et au Nouveau-Brunswick. Les résultats ajustés révèlent que l'absence d'assurance pour le coût des médicaments est associée à une moins bonne observance, pour la période à l'étude. Les auteurs concluent que cette étude fournit des données supplémentaires démontrant que le coût des médicaments est probablement associé à l'observance de la médication, et cela a des répercussions sur la progression de la maladie.

Feldman et coll. (2020) font état des résultats d'une enquête sur la perception des rhumatologues canadiens concernant la capacité d'un physiothérapeute à aiguiller les patients de manière appropriée. Selon les résultats, les rhumatologues reconnaissent que les physiothérapeutes peuvent orienter de manière appropriée les patients vers des soins spécialisés. Cependant, en contrepoint, on constate qu'une faible proportion de répondants accepteraient les références d'un physiothérapeute. Les auteurs concluent qu'un levier financier est nécessaire : les rhumatologues seraient plus enclins à accepter les références des physiothérapeutes s'ils pouvaient facturer les visites comme des consultations complètes.

Dans une étude transversale menée en Ontario, Veloce et coll. (2020) cherchent à savoir dans quelle mesure la population distingue les termes *nutritionniste* et *diététiste*. L'étude

révèle qu'il y a une grande confusion quant à la différence entre ces termes et conclut que cela pourrait nuire aux Ontariens car les diététistes, contrairement aux autres, ont des obligations réglementaires en matière de normes de soins. Les auteurs proposent des modifications législatives pour clarifier l'utilisation des termes afin de réduire la confusion concernant leur rôles respectifs et la formation requise.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Rédacteur en chef

Références

- Amoud, R., K. Grindrod, M. Cooke et M.W. Alsabbagh. 2020. Impact de la couverture du coût des médicaments d'ordonnance sur l'utilisation des médicaments oraux pour l'hypertension et le diabète sucré de type 2. *Politiques de Santé* 16(2): 82–100. doi:10.12927/hcpol.2020.26351.
- Beaman, L.G. 2020. Commentaire : Mise en garde au sujet de l'élimination des exemptions. *Politiques de Santé* 16(2): 21–4. doi:10.12927/hcpol.2020.26356.
- Brath, H., S.J. Kim, S.E. Bronskill, P.A. Rochon et N.M. Stall. 2020. Localisation des résidents de maisons de retraite : découvrir une population sous-étudiée grâce au code postal. *Politiques de Santé* 16(2): 69–81. doi:10.12927/hcpol.2020.26352.
- Desveaux, L., L.T. Kelley, R.S. Bhatia et T. Jamieson. 2020. Catalyser l'innovation en santé numérique en Ontario : le rôle d'un centre médical universitaire. *Politiques de Santé* 16(2): 55–68. doi:10.12927/hcpol.2020.26353.
- Feldman, D.E., M. Zummer, T. Orozco, J. El-Khoury, F. Desmeules, M. Laliberté et coll. 2020. Acceptation par les rhumatologues des recommandations de patients faites par des physiothérapeutes. *Politiques de Santé* 16(2): 101–10. doi:10.12927/hcpol.2020.26350.
- Guerriere, D., A. Husain, D. Marshall, B. Zagorski, J. Kennedy et P.C. Coyte. 2020. Transition de la main-d'œuvre au cours de la trajectoire des soins palliatifs. *Politiques de Santé* 16(2): 25–40. doi:10.12927/hcpol.2020.26355.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2019. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019. Consulté le 28 septembre 2020. <<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex-trends-narrative-report-2019-fr-web.pdf>>.
- Sutherland, J.M. 2020. Changements dans la prestation des services de santé : faire place aux autres disciplines. *Politiques de Santé* 16(1): 6–9. doi:10.12927/hcpol.2020.26295.
- Thomas, B. et C.M. Flood. 2020. Mettre fin à l'exemption pour motifs religieux ou philosophiques : prochaine étape de la campagne ontarienne contre la réticence à la vaccination. *Politiques de Santé* 16(2): 14–20. doi:10.12927/hcpol.2020.26357.
- Veloce, D., M. Fisher, C. O'Connor, B. Hartman et J.R. Horne. 2020. La population ontarienne ne comprend pas la différence entre diététiste autorisé et « nutritionniste » non réglementé : Résultats d'une étude transversale mixte. *Politiques de Santé* 16(2): 111–26. doi:10.12927/hcpol.2020.26349.
- Wong, J., S. Milroy, K. Sun, P. Iorio, M. Seto, J. Monakova et coll. 2020. Réaffectation des paiements pour les chirurgies oncologiques à un autre niveau de soins en Ontario : quels sont les choix? *Politiques de Santé* 16(2): 41–54. doi:10.12927/hcpol.2020.26354.