

New Spending Programs and Old Frustrations: Where Is the Vision?

THE SPRING HAS USHERED IN AN UNEXPECTED NUMBER OF MAJOR HEALTH POLICY announcements compared with the last 10 years. They are led by the federal government's outlines of a national pharmacare program, an unexpected dental care program (Prime Minister of Canada Justin Trudeau 2022), plus "top-up" funding for clearing provincial surgical and imaging backlogs. These announcements are on top of the voices expressing concerns about COVID-19-related healthcare expenditure trends (Bailey 2022). Without a doubt, taxpayer money is flowing freely into healthcare (Labby 2020).

The major policy initiatives occur in the backdrop of a receding pandemic whose social and economic policies to combat the spread of COVID-19 wrought a severe toll on many Canadians. The impact has not been equally distributed – infirm seniors, the economically or socially marginalized, healthcare workers and others who disproportionately experienced the pandemic's burden.

From my vantage point, I am surprised by the lack of anger and frustration with the provincial and territorial healthcare delivery systems' return to the same modus operandi. I am surprised that there are no loud voices demanding meaningful reform among the families of long-term care residents isolated during the pandemic, among dependents of overworked healthcare professionals shuffled into gut-wrenching situations and among surgical patients enduring prolonged waits for surgery, who are now also demonstrating symptoms of depression and anxiety (HQCA 2019; Rubinoff 2022; Silas and McKenna 2021).

As public spending on health services and products accelerates with these policy announcements, I expected a commensurate quid pro quo, with taxpayers demanding that the foundation of provincial healthcare delivery be strengthened. New government spending should purchase not only more of the same but some of the new funding should fix, or meaningfully reduce, the silo-based delivery system's faults.

Many are clear about the most important problems facing healthcare delivery in Canada. Though researchers may argue over the relative ranking of problems, the list of suspects usually

includes lack of access to high-quality primary care especially among marginalized groups; lack of coordination between primary care and other healthcare providers such as allied health, mental health or specialist care; long waits for specialty care such as allergists and surgeons; and lack of coordination and cooperation between healthcare and social care sectors.

Improved access to prescribed drugs and dental care are important pieces of the healthcare safety net, but they alone do not improve access to primary care, reduce fragmentation between primary and secondary care or address regional disparities in access or health outcomes, nor do the pharmacare or dental care policies target social factors associated with health and well-being, such as food and job insecurity or affordable housing.

A Path Forward

There are green shoots amid the status quo in most provinces. Ontario has embarked on a journey to create community-based structures of healthcare that span a range of provider types, including coordination among hospitals, physicians and community-based physical and mental healthcare providers. Similar to Alberta's smaller scale initiative (HQCA 2019), province-wide reforms in Ontario will need a long-term horizon, patience from politicians, policy makers and the public and additional public spending to reduce bottlenecks, improve coordination or care and address system-level disequilibrium between demand and supply of healthcare services. We should cheer for their efforts.

There is a complementary need to evaluate the COVID-19-induced rapid-cycle innovations that occurred across the county. The federal government can establish a time-limited commission to evaluate healthcare delivery innovations whose task is to arm provincial and territorial policy makers with answers to questions of "what worked and why?" Successful local innovations can be broadly transmitted to other settings to avoid duplication of effort. Without speedy action, identifying factors associated with provinces' successes, such as widespread adoption of video-based consultations, may be lost.

Potential solutions to serious healthcare delivery problems were not touched upon in the new policies' media releases. The focus of the new policies was squarely on "adding" more programs. That is fine because a preponderance of evidence suggests that they will improve access to care and health outcomes. However, governments should not overlook existing problems and their potential to positively change the trajectory of future healthcare consumption and spending growth.

In my opinion, the demand for change is extremely high from many quarters and the policy window of opportunity is still open. Without speedy action and clear vision for change from decision makers, we allow Canadians to continue experiencing the same problems with their healthcare that they have always faced.

In This Issue

The focus of this issue is on important system-level factors associated with healthcare access, equity and advanced technology. In the first Discussion and Debate article, Herder and

colleagues (2022a) express the point of view that the process of transferring publicly funded university-developed technology to low- and middle-income countries is not effective. The authors cite the example of the lipid nanoparticle delivery technology incorporated into COVID-19 vaccines. The authors conclude that the federal government should take a number of steps to improve, and make more transparent, university and government technology transfer practices.

In the next article, Stevens (2022) has crafted a rejoinder to Herder and colleagues' (2022a) Discussion and Debate article. In contrast with the original article, Stevens describes a counter-example of Oxford University and Vaccitech as a more effective university technology transfer vis-à-vis the societal objective of lowering financial barriers to access new therapies in low- and middle-income countries. The rejoinder concludes that Herder and colleagues' (2022a) interpretation is based on an overly narrow example; Stevens writes that technology development is a complex give-and-take among researchers, government funders and industry manufacturers or distributors, each with different objectives. The article concludes that improving access to innovative therapies requires a deliberate weighing of pros and cons of different options for which there is currently no clear winning strategy.

Consistent with the original article, a second rejoinder by Ramachandran (2022) articulates that the field of university technology transfer experiences "... pervasive failure of universities in implementing their public pledges to use licensing strategies that prioritize global access to technologies developed on their campuses even with significant federal funding support" (p. 38). Ramachandran states that governments should take additional steps to comply university-based research and researchers to enact access-oriented licensing and transparency measures, inferring that these steps would improve access to therapies in low- and middle-income countries.

The topic of technology transfer practices is concluded with a brief response by Herder et al. (2022b) that argues that university technology transfer policies need substantial strengthening by the government.

A second Discussion and Debate article by Barnabe et al. (2022) recounts Indigenous communities' response to the first wave of the COVID-19 pandemic in southern Alberta. Multiple stakeholders were assembled to develop and implement a response plan to reduce the pandemic's impact on Indigenous communities. The article posits that the learnings from the strong response to the pandemic can be harnessed to establish and strengthen self-determined models of health-care delivery that reflect Indigenous culture and identity.

A rejoinder by Oster and Lightning (2022) reinforces the importance of relationships in Indigenous health research. Oster and Lightning (2022) extend the discussion on Indigenous culture and self-determined models of healthcare delivery by emphasizing that trust-based relationships between Indigenous communities and researchers are requisite to research-informed Indigenous health transformation. The article concludes with the authors' perspectives on possible approaches to reframing Western approaches to research in order to successfully engage Indigenous communities in health-related research.

This issue's final research article examines the safety of health-related artificial intelligence (AI) products (Da Silva et al. 2022) by presenting risks in the evaluation of AI products and

the complementary perspective of whether the AI products are safely used by the health-care industry. The authors describe an existing patchwork of laws and regulations spanning safety, privacy, anti-discrimination and standards of care, which, when taken together, make for a complex regulatory environment. The article concludes with a number of specific recommendations that can be used by Health Canada as a basis for reforming regulations for health-related AI products.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Editor-in-Chief

References

- Bailey, I. 2022. Politics Briefing: Federal Government to Provide \$2-Billion to Help Reduce Backlog of Surgeries Caused by COVID-19 Pandemic. *The Globe and Mail*. Retrieved March 28, 2022. <<https://www.theglobeandmail.com/politics/article-politics-briefing-federal-government-to-provide-2-billion-to-help/>>.
- Barnabe, C., S. Montesanti, C. Sarin, T. White, R. Bartel, R. Henderson et al. 2022. Propelled by the Pandemic: Responses and Shifts in Primary Healthcare Models for Indigenous Peoples. *Healthcare Policy* 17(4): 48–55. doi:10.12927/hcpol.2022.26826.
- Da Silva, M., C.M. Flood, A. Goldenberg and D. Singh. 2022. Regulating the Safety of Health-Related Artificial Intelligence. *Healthcare Policy* 17(4): 63–78. doi:10.12927/hcpol.2022.26824.
- Health Quality Council of Alberta (HQCA). 2019, October. *A Case Study Evaluation: Crowfoot Village Family Practice and the Taber Clinic*. Retrieved April 11, 2022. <https://hqca.ca/wp-content/uploads/2021/12/HQCA-Crowfoot_Taber-Case-Study-Evaluation-2019.pdf>.
- Herder, M., E.R. Gold and S. Murthy. 2022a. University Technology Transfer Has Failed to Improve Access to Global Health Products during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare Policy* 17(4): 15–25. doi:10.12927/hcpol.2022.26830.
- Herder, M., E.R. Gold and S. Murthy. 2022b. Authors' Response – A Status Quo of Failure: Time to Fix University Technology Transfer to Address Global Health. *Healthcare Policy* 17(4): 45–47. doi:10.12927/hcpol.2022.26827.
- Labby, B. 2020. Grief, Loss, Anger: A Call for Change to Seniors' Care. CBC News. Retrieved March 28, 2022. <<https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/seniors-care-petition-change-1.5810972>>.
- Oster, R.T. and P. Lightning. 2022. Commentary: Developing Relationships through Trust in Indigenous Health Research. *Healthcare Policy* 17(4): 56–62. doi:10.12927/hcpol.2022.26825.
- Prime Minister of Canada Justin Trudeau. 2022, March 22. Delivering for Canadians Now [Press release]. Government of Canada. Retrieved March 28, 2022. <<https://pm.gc.ca/en/news/news-releases/2022/03/22/delivering-canadians-now>>.
- Ramachandran, R. 2022. Commentary: Fulfilling the Promise of Global Access Licensing Principles to Enable Equitable Access. *Healthcare Policy* 17(4): 37–44. doi:10.12927/hcpol.2022.26828.
- Rubinoff, J. 2022, January 23. Delayed Surgeries Lead to Anger, Frustration with Unvaxxed Minority. *The Record*. Retrieved March 28, 2022. <<https://www.therecord.com/news/waterloo-region/2022/01/23/delayed-surgeries-lead-to-anger-frustration-with-unvaxxed-minority.html>>.
- Silas, L. and V. McKenna. 2021. A Year into the Pandemic, Nurses Are Exhausted – and Angry. *Toronto Star*. Retrieved March 28, 2022. <<https://www.thestar.com/opinion/contributors/2021/03/08/a-year-into-the-pandemic-nurses-are-exhausted-and-angry.html>>.
- Stevens, A.J. 2022. Commentary: University Technology Transfer Has Made a Significant Contribution to Fighting COVID-19 while Ensuring Global Access. *Healthcare Policy* 17(4): 26–36. doi:10.12927/hcpol.2022.26829.

Nouveaux programmes de dépenses et vieilles frustrations : où est la vision?

Le printemps a vu un nombre inattendu d'annonces majeures en matière de politiques de santé, par rapport aux 10 dernières années. On y trouve les grandes lignes d'un programme national d'assurance médicaments, d'un programme de soins dentaires inattendu (premier ministre du Canada Justin Trudeau 2022), ainsi que d'un financement « complémentaire » pour éliminer les retards provinciaux en matière de chirurgie et d'imagerie. Ces annonces s'ajoutent aux voix qui expriment leur inquiétude quant aux tendances des dépenses de santé liées à la COVID-19 (Bailey 2022). De toute évidence, l'argent des contribuables circule librement dans les soins de santé (Labby 2020).

Ces initiatives se déroulent dans le contexte d'une pandémie en recul dont les politiques sociales et économiques pour lutter contre la propagation de la COVID-19 ont fait des ravages chez de nombreux Canadiens. L'impact n'a pas été ressenti de manière égale : les personnes âgées fragiles, les personnes économiquement ou socialement marginalisées, les travailleurs de la santé et d'autres personnes ont subi de manière disproportionnée le fardeau de la pandémie.

De mon point de vue, je suis surpris par le peu de colère et de frustration face au retour du même modus operandi dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux. Je suis surpris qu'il n'y ait pas de voix exigeant une réforme significative chez les familles des résidents des établissements de soins de longue durée isolés pendant la pandémie, chez les personnes dépendant de professionnels de la santé surchargés de travail et qui se retrouvent dans des situations déchirantes ou encore chez les patients qui doivent attendre longtemps avant d'être opérés, qui montrent aussi des signes de dépression et d'anxiété (HQCA 2019; Rubinoff 2022; Silas et McKenna 2021).

Alors que les dépenses publiques pour les services et produits de santé s'accroissent avec ces annonces politiques, je m'attends à une contrepartie proportionnelle, c'est-à-dire que les contribuables exigeront un renforcement de la base pour la prestation des soins de santé provinciaux. Les nouvelles dépenses gouvernementales devraient non seulement permettre

de poursuivre dans la voie habituelle, mais une partie du nouveau financement devrait venir corriger, ou réduire de manière significative, les défauts d'un système de prestations qui fonctionne en cloisons.

Plusieurs personnes pointent clairement du doigt les problèmes les plus importants auxquels fait face la prestation des services de santé au Canada. Bien que les chercheurs puissent discuter du classement relatif des problèmes, la liste des suspects comprend généralement le manque d'accès à des soins primaires de haute qualité, en particulier parmi les groupes marginalisés; le manque de coordination entre les soins primaires et les autres types de soins tels que les soins paramédicaux, la santé mentale ou les soins spécialisés; les longues attentes pour des soins spécialisés tels que l'allergologie et la chirurgie; et le manque de coordination et de coopération entre les secteurs de la santé et de l'aide sociale.

L'amélioration de l'accès aux médicaments sur ordonnance et aux soins dentaires est un élément important du filet de sécurité des soins de santé, mais ces initiatives n'améliorent pas l'accès aux soins primaires, ne réduisent pas la fragmentation entre les soins primaires et secondaires, ni ne résolvent les disparités régionales en matière d'accès ou de résultats en matière de santé. Les politiques d'assurance médicaments ou de soins dentaires ne ciblent pas non plus les facteurs sociaux associés à la santé et au bien-être, comme l'insécurité alimentaire, la précarité d'emploi ou le logement abordable.

Une voie à suivre

Dans la plupart des provinces, on peut voir des signes précurseurs au milieu du statu quo. L'Ontario s'est lancé dans une démarche visant à créer des structures de soins de santé communautaires qui couvrent une gamme de types de fournisseurs, notamment par la coordination entre les hôpitaux, les médecins et les fournisseurs communautaires de soins de santé physiques et mentaux. Tout comme l'initiative à plus petite échelle de l'Alberta (HQCA 2019), les réformes en Ontario nécessiteront un horizon à long terme, la patience des politiciens, des décideurs et du public ainsi que des dépenses publiques supplémentaires pour réduire les goulots d'étranglement, améliorer la coordination ou le système de soins et s'attaquer au déséquilibre de niveau entre la demande et l'offre de services de santé. Nous devrions applaudir ces efforts.

En parallèle, il faut aussi évaluer les innovations à cycle rapide induites par la COVID-19 qui ont eu lieu au pays. Le gouvernement fédéral pourrait créer une commission d'une durée limitée afin d'évaluer les innovations en matière de prestation de soins de santé dont la tâche est d'offrir aux décideurs provinciaux et territoriaux une réponse à la question « qu'est-ce qui a fonctionné et pourquoi? ». Les innovations locales pourraient être transmises à d'autres contextes pour éviter la duplication des efforts. Sans une action rapide, l'identification des facteurs associés aux succès des provinces, comme l'adoption généralisée des consultations par vidéo, pourrait se perdre.

Les solutions possibles aux graves problèmes dans la prestation de soins de santé n'ont pas été abordées dans les communiqués de presse qui accompagnaient l'annonce des nouvelles

politiques. Ces politiques étaient surtout axées sur « l'ajout » de programmes supplémentaires. C'est bien parce qu'un grand nombre de données suggèrent que ces programmes permettront d'améliorer l'accès aux soins et les résultats en matière de santé. Cependant, les gouvernements ne doivent pas négliger les problèmes existants et leur potentiel à modifier la trajectoire de la croissance de la consommation de services de santé et des dépenses de santé.

À mon avis, le besoin de changement est extrêmement élevé dans nombre de milieux et la fenêtre d'opportunité politique est encore ouverte. Sans une action rapide et une vision claire du changement de la part des décideurs, nous laisserons les Canadiens continuer à vivre avec les mêmes problèmes auxquels ils ont toujours été confrontés dans les services de santé.

Dans ce numéro

Ce numéro met l'accent sur d'importants facteurs au niveau du système associés à l'accès aux soins de santé, à l'équité et à la technologie de pointe. Dans le premier article de la section Discussions et Débat, Herder et collègues (2022a) expriment le point de vue selon lequel le processus de transfert de technologies financées par des fonds publics vers les pays à revenu faible ou intermédiaire n'est pas efficace. Les auteurs citent l'exemple de la technologie à nanoparticules lipidiques incorporée dans les vaccins contre la COVID-19. Les auteurs concluent que le gouvernement fédéral devrait prendre un certain nombre de mesures pour améliorer et rendre plus transparentes les pratiques universitaires et gouvernementales en matière de transfert de technologie.

Dans l'article suivant, Stevens (2022) a rédigé une réplique à l'article de Herder et collègues (2022a). Contrairement à l'article original, Stevens décrit le contre-exemple de l'Université d'Oxford et de Vaccitech, considéré comme un transfert de technologie universitaire plus efficace pour atteindre l'objectif sociétal d'abaisser les obstacles financiers à l'accès aux nouvelles thérapies dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Cette réplique conclut que l'interprétation de Herder et collègues (2022a) se fonde sur un exemple trop étroit. Stevens explique que le développement technologique est un échange complexe entre les chercheurs, les bailleurs de fonds gouvernementaux et les fabricants ou distributeurs de l'industrie, chacun ayant des objectifs distincts. L'article conclut que l'amélioration de l'accès aux thérapies innovantes nécessite une évaluation du pour et du contre des différentes possibilités, évaluation pour laquelle il n'existe actuellement aucune stratégie gagnante claire.

Plus conforme à l'esprit de l'article original, une deuxième réplique de Ramachandran (2022) fait état d'« un échec généralisé des universités dans la mise en œuvre de leurs promesses publiques d'employer des stratégies d'octroi de licences qui donnent la priorité à l'accès universel aux technologies développées sur leur campus, et ce, même avec un soutien financier fédéral important » (p. 38). Ramachandran ajoute que les gouvernements devraient prendre des mesures supplémentaires pour inciter la recherche universitaire et les chercheurs à adopter des mesures d'octroi de licences et de transparence axées sur l'accès, en déduisant que ces mesures pourraient améliorer l'accès aux thérapies dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Le sujet du transfert de technologie se termine par une brève réponse de Herder et al. (2022b) qui soutient que les politiques de transfert de technologie universitaire doivent être considérablement renforcées par le gouvernement.

Un deuxième article de la section Discussion et Débat, par Barnabe et al. (2022), fait état de la réaction des communautés autochtones à la première vague de la pandémie de COVID-19 dans le sud de l'Alberta. Plusieurs intervenants ont été réunis pour élaborer et mettre en œuvre un plan d'intervention visant à réduire l'impact de la pandémie sur les communautés autochtones. L'article postule que les enseignements tirés de la forte réaction à la pandémie peuvent être exploités pour établir et renforcer des modèles autodéterminés de prestation de soins de santé qui reflètent la culture et l'identité autochtones.

Une réplique d'Oster et Lightning (2022) renforce l'importance des relations dans la recherche en santé autochtone. Oster et Lightning (2022) prolongent la discussion sur la culture autochtone et les modèles autodéterminés de prestation de soins de santé, en soulignant que des relations fondées sur la confiance entre les communautés autochtones et les chercheurs sont essentielles pour une transformation de la santé autochtone fondée sur la recherche. L'article se termine par les points de vue des auteurs sur les approches possibles pour recadrer les approches occidentales de la recherche afin d'engager avec succès les communautés autochtones dans la recherche liée à la santé.

Le dernier article de ce numéro examine la sécurité des produits d'intelligence artificielle liés à la santé (Da Silva et al. 2022) en présentant les risques liés à leur évaluation et en cherchant à savoir s'ils sont utilisés en toute sécurité par l'industrie de la santé. Les auteurs décrivent le patchwork des lois et réglementations actuelles qui portent sur les questions de sécurité, de confidentialité, de lutte contre la discrimination et de normes de soins. Ensemble, ces lois et réglementations créent un environnement réglementaire complexe. L'article se termine par un certain nombre de recommandations que Santé Canada pourrait utiliser pour réformer la réglementation des produits d'intelligence artificielle liés à la santé.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Rédacteur en chef

Références

Bailey, I. 2022. Politics Briefing: Federal Government to Provide \$2-Billion to Help Reduce Backlog of Surgeries Caused by COVID-19 Pandemic. *The Globe and Mail*. Consulté le 28 mars 2022. <<https://www.theglobeandmail.com/politics/article-politics-briefing-federal-government-to-provide-2-billion-to-help/>>.

Barnabe, C., S. Montesanti, C. Sarin, T. White, R. Bartel, R. Henderson et al. 2022. Propulsé par la pandémie : réponses et changements dans les modèles de soins de santé primaires pour les peuples autochtones. *Politiques de Santé* 17(4): 48–55. doi:10.12927/hcpol.2022.26826.

Da Silva, M., C.M. Flood, A. Goldenberg et D. Singh. 2022. Réglementer la sécurité de l'intelligence artificielle dans les soins de santé. *Politiques de Santé* 17(4): 63–78. doi:10.12927/hcpol.2022.26824.

Health Quality Council of Alberta (HQCA). 2019, octobre. *A Case Study Evaluation: Crowfoot Village Family Practice and the Taber Clinic*. Consulté le 11 avril 2022. <https://hqca.ca/wp-content/uploads/2021/12/HQCA-Crowfoot_Taber-Case-Study-Evaluation-2019.pdf>.

- Herder, M., E.R. Gold et S. Murthy. 2022a. Le transfert de technologie universitaire n'est pas parvenu à améliorer l'accès mondial aux produits de santé pendant la pandémie de COVID-19. *Politiques de Santé* 17(4): 15–25. doi:10.12927/hcpol.2022.26830.
- Herder, M., E.R. Gold et S. Murthy. 2022b. Réponse des auteurs – Un statu quo d'échec : il est temps de corriger les pratiques de transfert de technologie des universités pour aborder la santé mondiale. *Politiques de Santé* 17(4): 45–47. doi:10.12927/hcpol.2022.26827.
- Labby, B. 2020. Grief, Loss, Anger: A Call for Change to Seniors' Care. CBC News. Consulté le 28 mars 2022. <<https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/seniors-care-petition-change-1.5810972>>.
- Oster, R.T. et P. Lightning. 2022. Commentaire : Développer des relations grâce à la confiance dans la recherche en santé autochtone. *Politiques de Santé* 17(4): 56–62. doi:10.12927/hcpol.2022.26825.
- Premier ministre du Canada Justin Trudeau. 22 mars 2022. Obtenir des résultats dès maintenant pour les Canadiens [communiqué de presse]. Gouvernement du Canada. Consulté le 28 mars 2022. <<https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiques/2022/03/22/obtenir-des-resultats-des-maintenant-les-canadiens>>.
- Ramachandran, R. 2022. Commentaire : Tenir la promesse du principe d'accès universel dans l'octroi des licences pour permettre un accès équitable. *Politiques de Santé* 17(4): 37–44. doi:10.12927/hcpol.2022.26828.
- Rubinoff, J. 2022, January 23. Delayed Surgeries Lead to Anger, Frustration with Unvaxxed Minority. *The Record*. Consulté le 28 mars 2022. <<https://www.therecord.com/news/waterloo-region/2022/01/23/delayed-surgeries-lead-to-anger-frustration-with-unvaxxed-minority.html>>.
- Silas, L. et V. McKenna. 2021. A Year into the Pandemic, Nurses Are Exhausted – and Angry. *Toronto Star*. Consulté le 28 mars 2022. <<https://www.thestar.com/opinion/contributors/2021/03/08/a-year-into-the-pandemic-nurses-are-exhausted-and-angry.html>>.
- Stevens, A.J. 2022. Commentaire : Le transfert de technologie universitaire a apporté une importante contribution à la lutte contre la COVID-19 tout en garantissant l'accès universel. *Politiques de Santé* 17(4): 26–36. doi:10.12927/hcpol.2022.26829.