

Provinces and Territories Are Overdue for an Update in Healthcare Funding Policies

EVEN BEFORE THE RECENT FUNDING ANNOUNCEMENT, THE PROVINCES HAD MONEY earmarked for spending on health services, therapies and devices. Canadians expect that this money will be put to work to improve access to scheduled services and emergency care, to increase capacity of primary care to manage complex conditions and to begin the assembly of patients' health information. This does not represent an exhaustive list as most provinces also have other pressing needs, including access to and quality of long-term care and mental healthcare services.

As noted by health system scholars, the pressing needs have been largely unaddressed over the past decades (Government of Canada 2015; Lazar et al. 2013). COVID-19 is not to blame for the current problems or for the provinces' lack of solutions except possibly for exacerbating the magnitude of the pre-existing issues. Successive ministers of health have not tackled the modernization of the federal *Canada Health Act* (1985) to reflect evolving needs of residents or new modalities of healthcare delivery, nor have provinces significantly broadened the narrow basket of services, products or devices that the Act ensures even though its narrowness enshrines inequities for some.

Yes, there may be some light at the end of this tunnel. In contrast with decades of decrying fiscal austerity, the provinces are in a unique position – they now have new federal money to spend on healthcare. While there are some that question the wisdom of provinces spending this money on healthcare (Coyne 2023), most posit that provinces need to spend more in ways that generate health and well-being for their residents.

There is one important piece missing: What policies should provinces and territories use to spend the money and improve the health and well-being of their residents?

If provinces spend the new funding using the policies that are in place now, the public should not expect much return on health or well-being. Using the idiom “throwing good money after bad” to describe this situation is probably harsh, but it is clear that spending more in the same ways as they have been spent in the past will not fix the major problems underlying provinces' healthcare delivery systems.

Modernizing Healthcare Funding Policy

As healthcare delivery is evolving quickly and provinces are flush with new cash, it is my opinion that provincial governments should design new funding policies that link their objectives with the way they pay for healthcare. Funding policies are rules, regulations and laws that provinces apply to disburse their money to healthcare organizations such as hospitals, individuals such as physicians and products such as prescribed drugs. Funding policies are not associated with the “size” of government spending, but rather with how the money is spent.

Provinces should design and implement innovative funding policies that conjointly support:

- the development of ‘systems’ of healthcare that are accountable for residents’ access to care, health outcomes and public spending,
- new policies for attracting and retaining vibrant and healthy workforces and
- new policies that reduce inequalities in health and health outcomes.

Canadians can look elsewhere for inspiration and experience. For the past 10 years, the US has been the global hotspot for healthcare funding policy innovation. Although funding policies from the US require “handle with care” labels when considered in the Canadian context, public and commercial insurers in the US are focused on the concept of improving value.

These US policies take aim at different aspects of healthcare delivery systems. Major cross-sector initiatives include Medicare Shared Savings Program’s Accountable Care Organizations (ACOs) (Jacobs et al. 2022) and Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) (Agarwal et al. 2020). Both programs are designed to reduce fragmentation and ineffective care and improve health outcomes. Concurrently, there are sector-specific funding policies that target single sectors. These include Medicare’s hospital-focused Readmissions Reduction Program (RRP) (Kocakulah et al. 2021) and the physician-focused Merit-based Incentive Payment System (MIPS) (Centers for Medicare and Medicaid Services 2016). These programs target improvements in hospital quality and physician care, respectively; in Canada, provinces and territories do not use analogous policies as a financial “stick” to improve quality.

There are similar international policy experiences to draw from, such as bundled payments in the Netherlands (Karimi et al. 2021). There are also outcome-based funding policies focused on expensive therapies (Carlson et al. 2010), with some evidence that these policies are being adapted and applied by provinces (Real-World Evidence and Outcomes-Based Agreements Working Group 2022).

The Next Steps

Priorities for healthcare are unique to each province and territory. To make the most of the new money, each will have to design, implement and evaluate the effectiveness of their own funding policies. This is risky but necessary business. Weak or ambiguous policies will have

no impact on outcomes the provinces seek. Poor or conflicting policies could enrich private providers with no obvious gain in health, improvement in health outcomes or reduction in health inequalities.

By projecting the international funding policies onto provinces, it is possible to envision ambitious funding policies that build on capitation-style funding for primary care, such as those that have appeared in limited forms in Alberta and Ontario, and expand these policies to include multiple disciplines and sectors of the delivery system (Blomqvist and Wyonch 2019). Possibly, new funding policies could roll these efforts into the nascent Ontario Health Team initiative, focused on “systems” of care (Embuldeniya et al. 2021).

In provinces unaccustomed to creating or enforcing funding policies that traverse sectors or provider types, policies that cross sectors are likely overly ambitious in the near-term. These provinces may find bundled payment-type policies – that incorporate a single payment for episodes of care including hospitals, physicians and community-based healthcare providers – less risky for beginning funding policy transformation.

Even with modest steps, however, there may be limited political, analytic or operational capacity within provinces to implement new funding policies (Denis et al. 2023). If this is true, funding policy reforms will at best be modest and expectations for health system transformation will be dampened.

Funding policy reform has largely been absent from deliberations pertaining to the delivery system reform. In my opinion, its importance has been overlooked. Its time is nigh.

In This Issue

This issue is led by a Discussion and Debate article examining whether Canada has been shortchanged by pharmaceutical companies’ research and investment spending. The authors take care to describe the history of patent protection policies and pharmaceutical companies’ commitments to invest in Canada (Lee et al. 2023). The article concludes that pharmaceutical companies have not kept their commitments and the authors offer possible remedies, including an independent biomedical research trust fund or a surtax on a pharmaceutical company’s promotional spending.

In a rejoinder to the Discussion and Debate article, Gagnon (2023) concurs that pharmaceutical companies’ research and investment spending has been below agreed-upon levels. The rejoinder furthers the argument by noting that Canada’s basis for measuring pharmaceutical companies’ spending on research and development is wider than that of our peers, the impact of which is to credit spending that does not produce new or additional knowledge. The rejoinder also reports an unacceptably close relationship between Statistics Canada and Innovative Medicines Canada that erodes trust in Statistics Canada’s reporting.

This issue’s first Research Paper examines the impact of mobile radiography in the context of new ways to deliver services and technologies. For the goal of reducing medical transports for nursing home residents to hospitals for imaging, mobile radiography has not been widely adopted across Canada. Plant et al. (2023) conclude that in order for mobile

radiography to be effective in improving access to radiography among nursing home residents, targeted policies that support mobile radiography are needed, including communication protocols and physician payment policies.

In a survey-based study assessing Canadian's legal planning for incapacity and death, Plaisance et al. (2023) found that many respondents had inadequate legal preparation for incapacity or death. Facilitators of preparing included not wanting to burden others or a milestone life event, while barriers included expectation of high legal fees, being young or healthy and a lack of confidence in lawyers. The article highlights the need for legal planning for incapacity and death while concluding that collaborations are needed between lawyers and experts to address the gap among Canadians.

Based on a review of extensive records in 10 provinces, Foong et al. (2023a) studied the incidence of disciplinary action involving pharmacists. While the authors concluded that the rate was low, the most common reason for disciplinary action was professional misconduct and occurred most commonly among community pharmacists. The article concludes that additional research is needed to understand provincial variation in policy and the impact on disciplinary action.

The final article of this issue, Foong et al. (2023b) reports on disciplinary action against, and its consequences for, dentists in Canada. The most common reason for disciplinary action was clinical incompetence, though provincial variation was observed. The research highlights that regulatory body discipline against dentists is not common, though more research is needed to understand the effect of regulatory policy on disciplinary action.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Editor-in-Chief

References

- Agarwal, R., J.M. Liao, A. Gupta and A.S. Navathe. 2020. The Impact of Bundled Payment on Health Care Spending, Utilization, and Quality: A Systematic Review. *Health Affairs (Millwood)* 39(1): 50–57. doi:10.1377/hlthaff.2019.00784.
- Blomqvist, A. and R. Wyonch. 2019. *Health Teams and Primary Care Reform in Ontario: Staying the Course*. C.D. Howe Institute Commentary 551. doi:10.2139/ssrn.3457483.
- Canada Health Act*, R.S.C., 1985, c. C-6. Government of Canada. Retrieved February 21, 2023. <<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/page-1.html>>.
- Carlson, J.J., S.D. Sullivan, L.P. Garrison, P.J. Neumann and D.L. Veenstra. 2010. Linking Payment to Health Outcomes: A Taxonomy and Examination of Performance-Based Reimbursement Schemes between Healthcare Payers and Manufacturers. *Health Policy* 96(3): 179–90, 2010. doi:10.1016/j.healthpol.2010.02.005.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. 2016, November 4. Medicare Program; Merit-Based Incentive Payment System (MIPS) and Alternative Payment Model (APM) Incentive under the Physician Fee Schedule, and Criteria for Physician-Focused Payment Models. Retrieved February 8, 2023. <<https://www.federalregister.gov/documents/2016/11/04/2016-25240/medicare-program-merit-based-incentive-payment-system-mips-and-alternative-payment-model-apm>>.

- Coyne, A. 2023, January 26. How Ottawa Can Help Fix Health Care: First, Send Less Money. *The Globe and Mail*. Retrieved February 5, 2023. <<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-how-ottawa-can-help-fix-health-care-first-send-less-money/>>.
- Denis, J.-L., S. Usher and J. Prével. 2023. Health Reforms and Policy Capacity: The Canadian Experience. *Policy and Society* 42(1): 64–89. doi:10.1093/polsoc/puac010.
- Embuldeniya, G., J. Gutberg, S.S. Sibbald and W.P. Wodchis. 2021. The Beginnings of Health System Transformation: How Ontario Health Teams are Implementing Change in the Context of Uncertainty. *Health Policy* 125(12): 1543–49. doi:10.1016/j.healthpol.2021.10.005.
- Foong-Reichert, A.-L., K.A. Grindrod, D.J. Edwards, Z. Austin and S.K.D. Houle. 2023a. Pharmacist Disciplinary Action: What Do Pharmacists Get in Trouble for? *Healthcare Policy* 18(3): 60–71. doi:10.12927/hcpol.2023.27034.
- Foong-Reichert, A.-L., S.K.D. Houle, Z. Austin, D.J. Edwards and K.A. Grindrod. 2023b. Dentist Disciplinary Action: What Do Dentists Get in Trouble for? *Healthcare Policy* 18(3): 72–83. doi:10.12927/hcpol.2023.27033.
- Gagnon, M.-A. 2023. Commentary: Reconsidering Pharmaceutical Research and Development Investments. *Healthcare Policy* 18(3): 25–30. doi:10.12927/hcpol.2023.27037.
- Government of Canada. 2015, July. *Unleashing Innovation: Excellent Healthcare for Canada*. Report of the Advisory Panel on Healthcare Innovation. Retrieved February 21, 2023. <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/innovation/index-eng.php>>.
- Jacobs, D., E. Fowler, L. Fleisher and M. Seshamani. 2022, July 21. The Medicare Value-Based Care Strategy: Alignment, Growth, and Equity. *Health Affairs*. doi:10.1377/forefront.20220719.558038.
- Karimi, M., A. Tsiachristas, W. Looman, J. Stokes, M. van Galen and M. Rutten-van Mölken. 2021. Bundled Payments for Chronic Diseases Increased Health Care Expenditure in the Netherlands, Especially for Multimorbid Patients. *Health Policy* 125(6): 751–59. doi:10.1016/j.healthpol.2021.04.004.
- Kocakulah, M.C., D. Austill and E. Henderson. 2021. Medicare Cost Reduction in the US: A Case Study of Hospital Readmissions and Value-Based Purchasing. *International Journal of Healthcare Management* 14(1): 203–18. doi:10.1080/20479700.2019.1637068.
- Lazar, H., J. Lavis, P.G. Forest and J. Church (Eds.). 2013. *Paradigm Freeze: Why It Is So Hard to Reform Health Care In Canada*. McGill-Queen's Press.
- Lee, S.K., S.K. Mahl, J.J. Green and J. Lexchin. 2023. Multinational Pharmaceutical Companies Shortchange Canada in Research and Development Investments: Is It Time to Pursue Other Options? *Healthcare Policy* 18(3): 17–24. doi:10.12927/hcpol.2023.27039.
- Plaisance, A., J. Stilson, A. Benadiba and D.K. Heyland. 2023. How Engaged in Legal Planning for Incapacity and Death Are Canadians? A Mixed-Methods Survey. *Healthcare Policy* 18(3): 47–59. doi:10.12927/hcpol.2023.27035.
- Plant, E., R. McCloskey, I.C. Shamputa, K. Chandra, P. Atkinson, J. Fraser et al. 2023. Nursing Home Residents' Use of Radiography in New Brunswick: A Case for Mobile Radiography? *Healthcare Policy* 18(3): 31–46. doi:10.12927/hcpol.2023.27036.
- Real-World Evidence and Outcomes-Based Agreements Working Group. 2022, December 5. *2022 Research and Outputs: Executive Summary*. Retrieved February 5, 2023. <https://static1.squarespace.com/static/61d708f9587415184afa9452/t/638caef656227f270c12f11e/1670164214402/2022_RWE_OBA_WorkingGroup_ExecSummary.pdf>.

Les provinces et les territoires accusent un retard dans la mise à jour des politiques de financement des soins de santé

MÊME AVANT LA RÉCENTE ANNONCE DE FINANCEMENT, LES PROVINCES AVAIENT des fonds réservés pour les dépenses en soins, thérapies et autres instruments de santé. Les Canadiens s'attendent à ce que cet argent serve à améliorer l'accès aux services réguliers et aux soins d'urgence, à accroître la capacité des soins primaires dans la gestion des problèmes de santé complexes et à commencer à rassembler les données sur la santé des patients. Il ne s'agit pas là d'une liste exhaustive, car la plupart des provinces ont également d'autres besoins urgents, notamment l'accès et la qualité des soins de longue durée et des services de santé mentale.

Comme l'ont noté les spécialistes du système de santé, les besoins pressants ont été largement ignorés au cours des dernières décennies (Gouvernement du Canada 2015; Lazar et al. 2013). La COVID-19 n'est pas à blâmer pour les problèmes actuels ou pour le manque de solutions, mais elle est peut-être venue exacerber l'ampleur des problèmes préexistants. Les ministres de la Santé successifs n'ont jamais abordé la modernisation de la Loi canadienne sur la santé (1985) en tenant compte de l'évolution des besoins ou des nouvelles modalités de prestation des services de santé, et les provinces n'ont pas non plus élargi de manière significative l'étroit panier de services, de produits ou de dispositifs que la Loi garantit, même si cette étroitesse cristallise les inégalités pour certains.

Oui, il y a peut-être de la lumière au bout du tunnel. Après des décennies d'austérité fiscale décriée, les provinces se trouvent dans une position unique – elles disposent maintenant de nouveaux fonds fédéraux pour les soins de santé. Bien que certains remettent en question la sagesse des provinces dans l'utilisation de cet argent (Coyne 2023), la plupart postulent qu'elles devraient dépenser davantage dans les façons de favoriser la santé et le bien-être de la population.

Il manque pourtant un élément important. En effet, quelles politiques les provinces et les territoires devraient-ils employer pour dépenser l'argent et améliorer la santé et le bien-être des résidents?

Si les provinces utilisent le nouveau financement avec les politiques actuellement en place, on ne devrait pas s'attendre à beaucoup de retombées en matière de santé ou de bien-être. L'expression « jeter l'argent par les fenêtres » pour décrire cette situation est probablement trop forte, mais il est clair que dépenser davantage de la même manière que par le passé ne résoudra pas les principaux problèmes qui sous-tendent les systèmes de santé des provinces.

Modernisation de la politique de financement des soins de santé

Comme la prestation des soins de santé évolue rapidement et que les provinces regorgent de nouveaux fonds, je suis d'avis que les gouvernements provinciaux devraient concevoir de nouvelles politiques de financement qui lient leurs objectifs à la façon dont ils dépensent pour les soins de santé. Les politiques de financement sont des règles et des lois que les provinces appliquent pour verser l'argent aux organismes (par exemple, les hôpitaux), aux particuliers (par exemple, les médecins) ou aux produits (par exemple, les médicaments sur ordonnance). Les politiques de financement ne sont pas associées à l'« ampleur » des dépenses publiques, mais plutôt à la façon dont l'argent est dépensé.

Les provinces devraient concevoir et mettre en œuvre des politiques de financement innovantes qui, ensemble, favoriseront les éléments suivants :

- le développement de « systèmes » de santé responsables de l'accès aux soins, responsables des résultats de santé et responsables des dépenses publiques
- de nouvelles politiques pour attirer et retenir une main-d'œuvre dynamique et en bonne santé
- de nouvelles politiques pour réduire les inégalités en matière de santé et de résultats

Les Canadiens peuvent chercher ailleurs l'inspiration et l'expérience nécessaires. Au cours des 10 dernières années, les États-Unis ont été le point névralgique de l'innovation en matière de politique de financement des soins de santé dans le monde. Bien que pour appliquer au Canada les politiques de financement des États-Unis il faille garder en tête l'étiquette « à manipuler avec soin », les assureurs publics et commerciaux de nos voisins du sud s'intéressent au concept d'amélioration de la valeur.

Ces politiques américaines visent divers aspects des systèmes de santé. Les principales initiatives intersectorielles en place comprennent les organisations de soins responsables (ACO) du programme d'épargne partagée de Medicare (Jacobs et al. 2022) ainsi que les paiements groupés pour l'amélioration des soins (BPCI) (Agarwal et al. 2020). Ces deux programmes sont conçus pour réduire la fragmentation des soins et les soins inefficaces et pour améliorer les résultats de santé. Parallèlement, il existe des politiques de financement sectorielles qui ciblent des secteurs particuliers. Il s'agit notamment du programme de réduction des réadmissions (RRP) axé sur les hôpitaux de Medicare (Kocakulah et al. 2021) et du système de paiement incitatif basé sur le mérite (MIPS) pour les médecins (Centers for Medicare and

Medicaid Services 2016). Ces programmes visent respectivement l'amélioration de la qualité des hôpitaux et des soins médicaux; au Canada, aucune province ni aucun territoire n'utilise des politiques analogues comme « bâton » financier pour améliorer la qualité.

Il existe des expériences politiques internationales similaires sur lesquelles s'appuyer, comme les paiements groupés aux Pays-Bas (Karimi et al. 2021). Il y a aussi des politiques de financement basées sur les résultats pour les thérapies coûteuses (Carlson et al. 2010), avec certaines preuves que ces politiques sont adaptées par les provinces (Real-World Evidence and Outcomes-Based Agreements Working Group 2022).

Les prochaines étapes

Les priorités en matière de soins de santé sont propres à chaque province et territoire. Pour tirer le meilleur parti des nouveaux fonds, chacun devra concevoir, mettre en œuvre et évaluer l'efficacité de ses propres politiques de financement. C'est une entreprise risquée mais nécessaire. Des politiques faibles ou ambiguës n'auront aucune incidence sur les résultats escomptés par les provinces. Des politiques médiocres ou contradictoires pourraient enrichir les prestataires privés sans gain évident en matière de santé, sans amélioration des résultats de santé ou sans réduction des inégalités en matière de santé.

En projetant les politiques de financement internationales sur les provinces, il est possible d'envisager des politiques ambitieuses qui s'appuient sur un financement par capitation pour les soins primaires – comme celles qui sont apparues sous des formes limitées en Alberta et en Ontario – et d'étendre ces politiques à plusieurs disciplines ou secteurs du système de soins (Blomqvist et Wyonch 2019). De nouvelles politiques de financement pourraient intégrer ces efforts dans l'initiative naissante des équipes Santé Ontario, axée sur les « systèmes » de soins (Embuldeniya et al. 2021).

Dans les provinces qui n'ont pas l'habitude de créer ou d'appliquer des politiques de financement qui touchent un ensemble de secteurs ou de types de fournisseurs, ce genre de politiques est possiblement trop ambitieux à court terme. Ces provinces pourraient s'intéresser aux politiques de paiement groupés – qui intègrent un paiement unique pour les épisodes de soins, y compris les hôpitaux, les médecins et les fournisseurs de soins communautaires –, lesquelles seraient moins risquées pour amorcer la transformation des politiques de financement.

Même avec des étapes modestes, cependant, les provinces peuvent avoir une moindre capacité politique, analytique ou opérationnelle, ce qui limite la mise en œuvre de nouvelles politiques de financement (Denis et al. 2023). Si tel est le cas, le financement des réformes politiques sera au mieux modeste et les attentes concernant la transformation du système de santé seront atténuées.

La réforme de la politique de financement a été largement absente des délibérations relatives à la réforme du système de prestation. À mon avis, son importance a été négligée. Mais son heure est venue.

Dans ce numéro

Le présent numéro commence par un article qui se penche sur la question à savoir si le Canada a été berné par les sociétés pharmaceutiques au sujet de leurs dépenses dans la recherche et l'investissement. Les auteurs prennent soin de décrire l'historique des politiques de protection des brevets et celui des engagements des compagnies pharmaceutiques à investir au Canada (Lee et al. 2023). L'article conclut que les entreprises pharmaceutiques n'ont pas tenu leurs engagements et les auteurs proposent des solutions, notamment un fonds fiduciaire indépendant pour la recherche biomédicale ou une surtaxe sur les dépenses promotionnelles d'une entreprise pharmaceutique.

Dans une réplique à cet article, Gagnon (2023) convient que les dépenses des sociétés pharmaceutiques dans la recherche et le développement ont été inférieures aux niveaux convenus. La réplique développe l'argument en notant que la base pour mesurer les dépenses des sociétés pharmaceutiques en recherche et développement au Canada est plus large que celle de nos pairs, et cela a pour conséquence de créditer des dépenses qui ne produisent pas de nouvelles connaissances. La réplique fait également état d'une relation étroite inacceptable, entre Statistique Canada et Médicaments novateurs Canada, qui érode la confiance dans les rapports de Statistique Canada.

Le premier rapport de recherche de ce numéro examine de nouvelles façons de fournir des services et des technologies dans le contexte de la radiographie mobile. La radiographie mobile n'a pas été largement adoptée au Canada pour réduire le transport de résidents des foyers de soins vers les hôpitaux pour une imagerie. Plant et al. (2023) concluent que pour améliorer l'accès à l'imagerie parmi les résidents des foyers de soins grâce à la radiographie mobile, des politiques ciblées seront nécessaires, notamment avec des protocoles de communication et des politiques de paiement des médecins.

Dans une étude basée sur un sondage qui évalue la planification légale en cas d'incapacité ou de décès au Canada, Plaisance et al. (2023) constatent que la préparation juridique de nombreux répondants est inadéquate. Les facteurs favorables à ce type de préparation comprennent le fait de ne pas vouloir causer d'accablement aux proches ou de ne pas perturber un événement important dans le parcours de vie, tandis que les obstacles comprennent l'anticipation de frais juridiques élevés, le fait d'être jeune ou en bonne santé et le manque de confiance envers les avocats. L'article souligne la nécessité d'une planification juridique en cas d'incapacité ou de décès tout en concluant que des collaborations seront nécessaires entre les avocats et les experts pour combler l'écart parmi les Canadiens.

Sur la base de l'examen de nombreux dossiers dans 10 provinces, Foong et al. (2023a) ont étudié l'incidence des mesures disciplinaires imposées aux pharmaciens. Bien que les auteurs concluent que le taux de sanctions disciplinaires est faible, la raison la plus couramment invoquée pour de telles mesures est la faute professionnelle, qui survient le plus souvent chez les pharmaciens communautaires. L'article conclut que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les variations provinciales en matière de politique ainsi que leur impact sur les mesures disciplinaires.

Le dernier article de ce numéro, Foong et al. (2023b), rapporte les mesures disciplinaires prises à l'encontre des dentistes au Canada, et leurs conséquences. La raison la plus couramment invoquée pour la prise de mesures disciplinaires est l'incompétence clinique, bien que des variations provinciales aient été observées. La recherche souligne que les mesures disciplinaires prises par les organismes de réglementation à l'encontre des dentistes n'est pas chose courante, bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires pour comprendre l'effet de la politique de réglementation sur les mesures disciplinaires.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Rédacteur en chef

Références

- Agarwal, R., J.M. Liao, A. Gupta et A.S. Navathe. 2020. The Impact of Bundled Payment on Health Care Spending, Utilization, and Quality: A Systematic Review. *Health Affairs* (Millwood) 39(1): 50–57. doi:10.1377/hlthaff.2019.00784.
- Blomqvist, A. et R. Wyonch. 2019. *Health Teams and Primary Care Reform in Ontario: Staying the Course*. C.D. Howe Institute Commentary 551. doi:10.2139/ssrn.3457483.
- Carlson, J.J., S.D. Sullivan, L.P. Garrison, P.J. Neumann and D.L. Veenstra. 2010. Linking Payment to Health Outcomes: A Taxonomy and Examination of Performance-Based Reimbursement Schemes between Healthcare Payers and Manufacturers. *Health Policy* 96(3): 179–90, 2010. doi:10.1016/j.healthpol.2010.02.005.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. 2016, November 4. Medicare Program; Merit-Based Incentive Payment System (MIPS) and Alternative Payment Model (APM) Incentive under the Physician Fee Schedule, and Criteria for Physician-Focused Payment Models. Consulté le 8 février 2023. <<https://www.federalregister.gov/documents/2016/11/04/2016-25240/medicare-program-merit-based-incentive-payment-system-mips-and-alternative-payment-model-apm>>.
- Coyne, A. 2023, 26 janvier. How Ottawa Can Help Fix Health Care: First, Send Less Money. *The Globe and Mail*. Consulté le 5 février 2023. <<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-how-ottawa-can-help-fix-health-care-first-send-less-money/>>.
- Denis, J.-L., S. Usher et J. Prével. 2023. Health Reforms and Policy Capacity: The Canadian Experience. *Policy and Society* 42(1): 64–89. doi:10.1093/polsoc/puac010.
- Embuldeniya, G., J. Gutberg, S.S. Sibbald et W.P. Wodchis. 2021. The Beginnings of Health System Transformation: How Ontario Health Teams are Implementing Change in the Context of Uncertainty. *Health Policy* 125(12): 1543–49. doi:10.1016/j.healthpol.2021.10.005.
- Foong-Reichert, A.-L., K.A. Grindrod, D.J. Edwards, Z. Austin et S.K.D. Houle. 2023a. Mesures disciplinaires imposées aux pharmaciens : pour quelles raisons les pharmaciens ont-ils des ennuis? *Politiques de Santé* 18(3): 60–71. doi:10.12927/hcpol.2023.27034.
- Foong-Reichert, A.-L., S.K.D. Houle, Z. Austin, D.J. Edwards et K.A. Grindrod. 2023b. Mesures disciplinaires imposées aux dentistes : pour quelles raisons les dentistes ont-ils des ennuis? *Politiques de Santé* 18(3): 72–83. doi:10.12927/hcpol.2023.27033.
- Gagnon, M.-A. 2023. Commentaire : Reconsidérer les investissements dans la recherche et le développement pharmaceutiques. *Politiques de Santé* 18(3): 25–30. doi:10.12927/hcpol.2023.27037.
- Gouvernement du Canada. Juillet 2015. *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada*. Rapport final du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. Consulté en février 2023. <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/groupe-consultatif-innovation-soins-sante.html>>.
- Jacobs, D., E. Fowler, L. Fleisher et M. Seshamani. 21 juillet 2022. The Medicare Value-Based Care Strategy: Alignment, Growth, and Equity. *Health Affairs*. doi:10.1377/forefront.20220719.558038.

Karimi, M., A. Tsiachristas, W. Looman, J. Stokes, M. van Galen et M. Rutten-van Mölken 2021. Bundled Payments for Chronic Diseases Increased Health Care Expenditure in the Netherlands, Especially for Multimorbid Patients. *Health Policy* 125(6): 751–59. doi:10.1016/j.healthpol.2021.04.004.

Kocakulah, M.C., D. Austill et E. Henderson. 2021. Medicare Cost Reduction in the US: A Case Study of Hospital Readmissions and Value-Based Purchasing. *International Journal of Healthcare Management* 14(1): 203–18. doi:10.1080/20479700.2019.1637068.

Lazar, H., J. Lavis, P.G. Forest et J. Church (Eds.). 2013. *Paradigm Freeze: Why It Is So Hard to Reform Health Care In Canada*. McGill-Queen's Press.

Lee, S.K., S.K. Mahl, J.J. Green et J. Lexchin. 2023. Les sociétés pharmaceutiques multinationales bernent le Canada en matière d'investissements en recherche et développement : est-il temps de rechercher de nouvelles façons de faire? *Politiques de Santé* 18(3): 17–24. doi:10.12927/hcpol.2023.27039.

Loi canadienne sur la santé, L.R.C., 1985, ch. C-6. Gouvernement du Canada. Consulté le 21 février 2023. <<https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/page-1.html>>.

Plaisance, A., J. Stilson, A. Benadiba et D.K. Heyland. 2023. Dans quelle mesure les Canadiens s'intéressent-ils à la planification juridique en cas d'incapacité ou de décès? Une enquête à méthodes mixtes. *Politiques de Santé* 18(3): 47–59. doi:10.12927/hcpol.2023.27035.

Plant, E., R. McCloskey, I.C. Shamputa, K. Chandra, P. Atkinson, J. Fraser et al. 2023. Utilisation de la radiographie pour les résidents des foyers de soins au Nouveau-Brunswick : un argument en faveur de la radiographie mobile? *Politiques de Santé* 18(3): 31–46. doi:10.12927/hcpol.2023.27036.

Real-World Evidence and Outcomes-Based Agreements Working Group. 2022, December 5. *2022 Research and Outputs: Executive Summary*. Consulté le 5 février 2023. <https://static1.squarespace.com/static/61d708f9587415184afa9452/t/638caef656227f270c12f11e/1670164214402/2022_RWE_OBA_WorkingGroup_ExecSummary.pdf>.

Better Healthcare
... everywhere

Longwoods.com