

# Federal and Provincial Governments Need To Be Transparent about Trade-Offs When They Buy Healthcare

SPENDING ON HEALTHCARE IS CAREFULLY SCRUTINIZED BY THE PUBLIC, THE MEDIA and academics because the amounts are so large and represent a very significant proportion of provincial budgets. Some quarters are calling for increases in spending, whereas others are focused on restraint owing to perceived inefficiencies and ineffectiveness. The debate over healthcare spending has continued for decades and is likely to heat up as new provincial labour agreements have *locked in* annual healthcare spending increases of at least five percent for 2023 (BC Nurses' Union 2023; ONA 2023).

Putting aside increases in taxes or borrowing, the principle of public spending is simple: the budget of available funds that support social programs, healthcare, education and transportation infrastructure is fixed. Politicians then make choices allocating available funds to the budgets of individual programs. Through this process, healthcare has been a perennial *winner* at the cost of other programs receiving less funding than sought.

If governments allocate available funding to programs or infrastructure that provides more value than all other alternatives, the province will have achieved the most with its public funds. In other words, the loss to the province and its residents from opportunities not funded is the smallest when budgets are allocated toward programs that generate the largest value. This is the foundational concept of *opportunity cost* in the field of health economics.

The same is true within programs. Allocating healthcare funding to programs that generate the most *health* realizes the highest possible value for the public spending. Ideally, these budget allocation decisions are informed by evidence such as clinical effectiveness, patients' and clinicians' perspectives and ethical practices. Health economics plays a major role in generating this evidence using the field's tools to calculate value for money and whose outputs include cost per quality-adjusted life-year (QALY).

## Finding the Highest Value for Public Spending

As two healthcare policy researchers who actively partner with decision makers to improve

the value from spending on provincial healthcare systems, we decided to conduct an analysis to inform budget allocations between sectors of the provinces' healthcare systems. A priori, we knew the results would be far from perfect, but we aimed to apply a transparent, between-sectors opportunity cost framework that would generate useful valuations that could be improved over time and with new data.

Disappointingly, we failed to generate or compare sector-specific measures of outcomes or costs, which meant that we could not calculate value as they are able to do elsewhere, such as in England (Claxton et al. 2015; Lomas et al. 2019; Martin et al. 2021). Without measures of value, we were left unable to compare the *health* generated from equal investments in acute care capacity, increasing the number of long-term care beds or hiring more allied health expertise and expanding access to home care. Our inability to generate measures of value is mirrored in provincial governments' processes; outside of the area of advanced therapeutics, provinces do not require measures of value – the evidence of the *health* generated relative to the spending to achieve the outcomes – before resources are allocated. As we reflected on our own efforts, we identified three areas of work that need to be strengthened before value-based budget allocations or marginal investment decisions can be applied across the healthcare system.

The first need is data. In order to calculate value from spending in different sectors of the healthcare delivery system, information regarding the health benefit is required. As an example, consider the question of whether new funding should be allocated toward long-term care or acute care. To calculate the value of each option, the average expected improvement (or delay in decline) in quality of life needs to be measured. To do so, quality of life measures would have to be available for each sector. These data and infrastructure do not exist at a scale sufficiently robust to be useful in opportunity cost calculation in spite of some pockets of excellence where these data are embedded into the processes of care.

The second need is detailed spending and activity information. Calculations of value require detailed accounting of public spending per patient and what services they receive. Some data are available through the Canadian Institute for Health Information, although the data's comprehensiveness falls steeply outside the hospital. Long-running calls for increasing the scope of information collected from healthcare systems have gone unanswered, clouding the future for large-scale value initiatives unless the federal government makes a splashy appearance.

The third need pertains to stewardship of public resources. The management and stewardship of provincial healthcare systems have been ceded to professional managers. There are few opportunities for the public to weigh in on the allocation of public funds between healthcare programs and opining on whether the best value of public funds is spending on cancer drugs or homecare services. The public should expect that the government's healthcare funding decisions consider the spectrum of possibilities and the empirical lens that measures the "bang for the buck" in terms of health.

## A Pathway for Identifying Value

In Canada, we know that the data do not support cross-sector comparisons of the value of public investments in health or healthcare. There should be discussions within the provinces regarding how their governments allocate public funds between healthcare programs. In the interim, we urge federal and provincial governments to be transparent regarding their health-care spending deliberations and concurrently invest in data that will provide measures of value of healthcare.

### In This Issue

This issue is led by a Discussion and Debate article that discusses learning health systems' pursuit of equity in healthcare. The article by Lee-Foon et al. (2023) proposes three key aspects to informing learning health systems in their pursuit: collect and use data to understand the composition of the groups the learning health system serves, have health system leaders reach consensus regarding the prioritization and definition of equity and hold learning health systems' leaders accountable for improvements in equity.

A rejoinder to the Discussion and Debate article expresses the need for learning health systems to integrate equity into learning health systems' embedded research. Written by Bierman and Mistry (2023), the article posits that equity-centred research should be a core attribute of learning health systems in order to reflect under-represented and marginalized populations.

This is followed by a Data Matters article that highlights emergency care clinical networks. Using survey methods, the article aims to describe how emergency care clinical networks were structured within health systems, how the networks functioned to adopt knowledge or quality improvement initiatives and how the networks sustained themselves. The authors concluded (Duncan et al. 2023) that significant gaps in health system data limited the ability of emergency care clinical networks to compare themselves with other networks.

This issue features a research article that explores interprovincial migration of recent healthcare graduates in Canada (Ariste 2023). Using quantitative health workforce data from the Canadian Institute for Health Information, the study reports that the province of training was a key factor in post-graduation migration. Ontario and British Columbia had the lowest rates of out-migration and the highest rates of in-migration. This study provides evidence regarding the impact of and possible policies options to interprovincial migration of healthcare workers.

In a second research article, Elma et al. (2023) use cross-sectional data to study the prevalence of features of the Patient's Medical Home among family medicine education sites across Canada. The study found that more than half of clinical family medicine training was occurring in sites that had features consistent with the practices of the Patient's Medical Home. The authors conclude that education policy that included Patient's Medical Home-type may not be concordant with this type of practice being available after graduation.

## From the Editors

This issue's final research manuscript by Mathews et al. (2023) uses a qualitative study design to untangle the factors associated with limiting COVID-19 exposure among family physicians' practices. The authors report that family physicians received too little and irrelevant practice-specific support from provincial public health authorities that instead emphasized acute care. The authors conclude that mass assessment and testing centres would improve performance in future influenza-like pandemics.

FIONA CLEMENT, PHD

*Professor and Head*

*Department of Community Health Sciences*

*Cumming School of Medicine*

*University of Calgary*

*Calgary, AB*

JASON M. SUTHERLAND, PHD

*Editor-in-Chief*

## References

- Ariste, R. 2023. Distribution and Migration of Recent Healthcare Graduates in Canada. *Healthcare Policy* 19(2): 36–47. doi:10.12927/hcpol.2023.27234.
- BC Nurses' Union. 2023. *Terms of Settlement 2022–2025: Nurses' Bargaining Association (NBA) Provincial Collective Agreement*. Retrieved October 13, 2023. <[https://www.bcnu.org/files/NBA\\_Terms\\_of\\_Settlement\\_2022\\_2025.pdf](https://www.bcnu.org/files/NBA_Terms_of_Settlement_2022_2025.pdf)>.
- Bierman, A.S. and K.B. Mistry. 2023. Commentary: Achieving Health Equity – The Role of Learning Health Systems. *Healthcare Policy* 19(2): 21–27. doi:10.12927/hcpol.2023.27236.
- Claxton, K, S. Martin, M. Soares, N. Rice, E. Spackman, S. Hinde et al. 2015. Methods for the Estimation of the National Institute for Health and Care Excellence Cost-Effectiveness Threshold. *Health Technology Assessment* 19(14): 1–503, v–vi. doi:10.3310/hta19140.
- Duncan, R., M. Roerig, S. Allin, G. Marchildon, J. Christenson and R.B. Abu-Laban. 2023. A Global Survey of Emergency Care Clinical Networks: Discussion and Implications for Canadian Learning Health Systems. *Healthcare Policy* 19(2): 28–35. doi:10.12927/hcpol.2023.27235.
- Elma, A., L. Yang, I. Chang and L. Grierson. 2023. Training in Team-Based Practices: A Descriptive Analysis of Family Medicine Postgraduate Site Distribution across Canada. *Healthcare Policy* 19(2): 48–62. doi:10.12927/hcpol.2023.27233.
- Lee-Foon, N.K., R.J. Reid and A. Brown. 2023. Fairness for Whom? Learning Health Systems' Approach to Equity in Healthcare. *Healthcare Policy* 19(2): 15–20. doi:10.12927/hcpol.2023.27237.
- Lomas, J., S. Martin and K. Claxton. 2019. Estimating the Marginal Productivity of the English National Health Service from 2003 to 2012. *Value in Health* 22(9): 995–1002. doi:10.1016/j.jval.2019.04.1926.
- Martin, S., J. Lomas, K. Claxton and F. Longo. 2021. How Effective Is Marginal Healthcare Expenditure? New Evidence from England for 2003/04 to 2012/13. *Applied Health Economics and Health Policy* 19(6): 885–903. doi:10.1007/s40258-021-00663-3.
- Mathews, M., T. Liu, D. Ryan, L. Hedden, J. Lukewich, E.G. Marshall et al. 2023. Practice- and System-Based Interventions to Reduce COVID-19 Transmission in Primary Care Settings: A Qualitative Study. *Healthcare Policy* 19(2): 63–78. doi:10.12927/hcpol.2023.27232.
- Ontario Nurses' Association (ONA). 2023. *Highlights of Collective Agreement Changes as a Result of the Kaplan Decision and Items in Agreement between ONA and Participating Hospitals*. Retrieved October 13, 2023. <<https://www.ona.org/wp-content/uploads/2023-hospital-central-contract-highlights.pdf>>.

# Les gouvernements fédéral et provinciaux doivent faire preuve de transparence dans l'achat de soins de santé

**L**ES DÉPENSES EN SOINS DE SANTÉ SONT SCRUTÉES À LA LOUPE PAR LE PUBLIC, LES médias et les universitaires parce que les montants sont importants et représentent une imposante proportion des budgets provinciaux. Certains milieux réclament une augmentation des dépenses, tandis que d'autres prônent leur restriction en raison d'une inefficacité perçue. Le débat sur les dépenses en santé se poursuit depuis des décennies et devrait s'intensifier alors que les nouvelles conventions collectives provinciales prévoient des augmentations annuelles d'au moins 5 % des dépenses pour 2023 (BC Nurses' Union 2023; ONA 2023).

En mettant de côté les augmentations d'impôts ou d'emprunts, le principe des dépenses publiques est simple : le budget des fonds disponibles pour les programmes sociaux, la santé, l'éducation et les infrastructures de transport est fixe. Les politiciens font ensuite des choix en affectant les fonds disponibles aux budgets des programmes comme tels. Les soins de santé ont toujours été favorisés par cette façon de faire, au détriment d'autres programmes qui reçoivent moins de financement qu'espéré.

Si les gouvernements allouent le financement à des programmes ou à des infrastructures qui offrent plus de valeur que toutes les autres solutions, la province aura donc optimisé ses fonds publics. En d'autres termes, les pertes subies par la province et ses résidents en raison de possibilités non financées sont moindres lorsque les budgets sont alloués à des programmes qui génèrent la plus grande valeur. C'est le concept fondamental du coût d'opportunité dans le domaine de l'économie de la santé.

Il en va de même pour les programmes. Dans les services de santé, l'affectation du financement à des programmes qui génèrent le plus de santé permet d'obtenir la plus grande valeur possible pour les dépenses publiques. Idéalement, ces décisions budgétaires sont éclairées par des données probantes comme l'efficacité clinique, le point de vue des patients et des cliniciens ou les pratiques éthiques. L'économie de la santé joue un rôle important dans

la production de telles données probantes, grâce aux outils pour calculer l'optimisation des ressources et dont les extrants comprennent le coût par année de vie pondéré par la qualité (AVPQ).

### Trouver la valeur la plus optimale pour les dépenses publiques

En tant que chercheurs en politiques de santé, qui œuvrons en partenariat avec les décideurs pour améliorer la valeur des dépenses consacrées aux systèmes de santé provinciaux, nous avons décidé de mener une analyse pour orienter les allocations budgétaires selon les secteurs des systèmes de santé provinciaux. À priori, nous savions que les résultats seraient loin d'être parfaits, mais nous voulions appliquer un cadre de coûts d'opportunité intersectoriels qui serait transparent et qui produirait des évaluations utiles et perfectibles au fil du temps et grâce à de nouvelles données.

Malheureusement, nous ne sommes pas parvenus à produire ou à comparer des mesures des résultats ou des coûts propres aux secteurs, donc il a été impossible de calculer la valeur comme cela se fait ailleurs, notamment en Angleterre (Claxton et al., 2015; Lomas et al., 2019; Martin et al., 2021). Sans mesure de la valeur, il est impossible de comparer la santé générée par des investissements égaux dans la capacité des soins de courte durée, l'augmentation du nombre de lits de soins de longue durée ou encore l'embauche d'une expertise en santé alliée et l'élargissement de l'accès aux soins à domicile. Notre incapacité à produire des mesures de la valeur se reflète dans les processus des gouvernements provinciaux; en dehors du domaine des thérapies avancées, les provinces n'exigent pas de telles mesures – les données sur la santé générée par rapport aux dépenses pour atteindre les résultats – avant que les ressources ne soient allouées. En réfléchissant à nos propres efforts, nous avons identifié trois domaines de travail qui doivent être renforcés pour que les allocations budgétaires ou les décisions d'investissement marginal basées sur la valeur puissent être appliquées dans l'ensemble du système de santé.

Le premier besoin est celui des données. Afin de calculer la valeur selon les dépenses dans différents secteurs du système de santé, il faut des informations sur les prestations de santé. Prenons l'exemple de nouveaux fonds qui doivent être affectés aux soins de longue durée ou aux soins de courte durée. Pour calculer la valeur de chacun de ces deux choix, il faut mesurer l'amélioration moyenne prévue (ou le retard dans le déclin) de la qualité de vie. Pour y parvenir, des mesures de la qualité de vie devraient être disponibles pour chaque secteur. Ces données et infrastructures n'existent pas à une échelle suffisamment robuste pour être utiles dans le calcul du coût d'opportunité, et ce, malgré certaines poches d'excellence où les données sont intégrées au processus de soins.

Le deuxième besoin a trait aux informations détaillées sur les dépenses et les activités. Le calcul de la valeur demande une comptabilité détaillée des dépenses publiques par patient ainsi que des services qu'ils reçoivent. Certaines données sont disponibles auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé, bien que leur exhaustivité se situe nettement à l'extérieur

de l'hôpital. Les appels répétés en faveur d'une augmentation de la portée de l'information recueillie auprès des systèmes de santé sont restés sans réponse, ce qui assombrit l'avenir des initiatives de valeur à grande échelle, à moins que le gouvernement fédéral ne fasse une sortie éclatante.

Le troisième besoin concerne la gestion des ressources publiques. La gestion et l'intendance des systèmes de santé provinciaux ont été cédées à des gestionnaires professionnels. Il y a peu d'occasion pour le public de se prononcer sur la répartition des fonds publics parmi les programmes de soins de santé ou de décider si la meilleure valeur des fonds publics concerne, par exemple, les dépenses pour les médicaments contre le cancer ou les services de soins à domicile. Le public devrait s'attendre à ce que les décisions du gouvernement en matière de financement des soins de santé tiennent compte de l'éventail des possibilités et de l'optique empirique qui permet de mesurer le « rapport qualité-prix » en matière de santé.

### Une voie pour identifier la valeur

Au Canada, nous savons que les données ne permettent pas les comparaisons intersectorielles de la valeur des investissements publics dans la santé ou dans les soins de santé. Les provinces devraient discuter de la façon dont elles répartissent les fonds publics parmi les programmes de soins de santé. Entre-temps, nous exhortons les gouvernements fédéral et provinciaux à faire preuve de transparence dans leurs délibérations sur les dépenses en soins de santé et à investir simultanément dans des données qui fourniront des mesures de la valeur des soins de santé.

### Dans le présent numéro

Ce numéro débute par un article de la section Discussions et débats qui traite de la quête d'équité des systèmes de santé apprenants. L'article de Lee-Foon et al. (2023) propose trois aspects clés pour informer les systèmes de santé apprenants dans leur quête : collecter et utiliser des données pour comprendre la composition des groupes que le système de santé apprenant dessert, faire en sorte que les dirigeants du système de santé parviennent à un consensus sur l'établissement des priorités et la définition de ce qu'est l'équité et, finalement, tenir les dirigeants des systèmes de santé apprenants responsables de l'amélioration de l'équité.

Une réplique à cet article expose la nécessité pour les systèmes de santé apprenants d'intégrer l'équité dans leurs recherches. Rédigé par Bierman et Mistry (2023), l'article postule que la recherche axée sur l'équité devrait être un attribut central des systèmes de santé apprenants afin de refléter les populations sous-représentées et marginalisées.

S'ensuit un article de la section Question de données qui met en évidence les réseaux cliniques de soins d'urgence. À l'aide d'une méthode d'enquête, l'article vise à décrire comment les réseaux cliniques de soins d'urgence sont structurés au sein des systèmes de santé, comment ils fonctionnent pour adopter des initiatives d'amélioration des connaissances ou

de la qualité et comment ils se maintiennent. Les auteurs concluent (Duncan et al. 2023) que des lacunes importantes dans les données du système de santé limitent la capacité des réseaux cliniques de soins d'urgence de se comparer à d'autres réseaux.

Ce numéro présente un article de recherche qui explore la migration interprovinciale des nouveaux diplômés en soins de santé au Canada (Ariste 2023). À l'aide des données quantitatives sur la main-d'œuvre, colligées par l'Institut canadien d'information sur la santé, l'étude indique que la province de formation est un facteur clé de la migration après l'obtention du diplôme. L'Ontario et la Colombie-Britannique affichaient les taux d'émigration les plus faibles et les taux d'immigration les plus élevés. Cette étude fournit des données sur l'incidence de la migration interprovinciale des travailleurs de la santé et les options possibles en matière de politiques.

Dans un deuxième article de recherche, Elma et al. (2023) utilisent des données transversales pour étudier la prévalence des caractéristiques du Centre de médecine de famille dans les centres de formation en médecine familiale du Canada. L'étude révèle que plus de la moitié de la formation en médecine familiale clinique se déroulait dans des sites présentant des caractéristiques conformes aux pratiques du Centre de médecine de famille. Les auteurs concluent que les politiques de formation conformes au Centre de médecine de famille pourraient ne pas concorder avec le type de pratique disponible après l'obtention du diplôme.

Le dernier article de recherche du présent numéro, par Mathews et al. (2023), a recours à une étude qualitative pour démêler les facteurs associés à la limitation de l'exposition à la COVID-19 dans les cabinets des médecins de famille. Les auteurs signalent que les médecins de famille ont reçu trop peu de soutien, souvent non pertinent, propre à leur pratique de la part des autorités provinciales de santé publique, lesquelles ont plutôt mis l'accent sur les soins de courte durée. Les auteurs concluent que des centres d'évaluation et de dépistage de masse amélioreraient le rendement pour d'éventuelles pandémies de type grippal.

FIONA CLEMENT, PHD

*Professeure et chef*

*Département des sciences de la santé communautaire*

*École de médecine Cumming*

*Université de Calgary*

*Calgary, Alberta*

JASON M. SUTHERLAND, PHD

*Rédacteur en chef*

## **Références**

Ariste, R. 2023. Répartition et migration des nouveaux diplômés en soins de santé au Canada. *Politiques de Santé* 19(2): 36–47. doi:10.12927/hcpol.2023.27234.

BC Nurses' Union. 2023. *Terms of Settlement 2022–2025: Nurses' Bargaining Association (NBA) Provincial Collective Agreement*. Consulté le 13 octobre 2023. <[https://www.bcnu.org/files/NBA\\_Terms\\_of\\_Settlement\\_2022\\_2025.pdf](https://www.bcnu.org/files/NBA_Terms_of_Settlement_2022_2025.pdf)>.

Bierman, A.S. et K.B. Mistry. 2023. Commentaire : Atteindre l'équité en santé – Le rôle des systèmes de santé apprenants. *Politiques de Santé* 19(2): 21–27. doi:10.12927/hcpol.2023.27236.

- Claxton, K, S. Martin, M. Soares, N. Rice, E. Spackman, S. Hinde et al. 2015. Methods for the Estimation of the National Institute for Health and Care Excellence Cost-Effectiveness Threshold. *Health Technology Assessment* 19(14): 1–503, v–vi. doi:10.3310/hta19140.
- Duncan, R., M. Roerig, S. Allin, G. Marchildon, J. Christenson et R.B. Abu-Laban. 2023. Enquête mondiale sur les réseaux cliniques de soins d'urgence : discussion et répercussions sur les systèmes de santé apprenants au Canada. *Politiques de Santé* 19(2): 28–35. doi:10.12927/hcpol.2023.27235.
- Elma, A., L. Yang, I. Chang et L. Grierson. 2023. La formation dans les pratiques axées sur le travail d'équipe : une analyse descriptive de la distribution des sites de formation supérieure en médecine familiale au Canada. *Politiques de Santé* 19(2): 48–62. doi:10.12927/hcpol.2023.27233.
- Lee-Foon, N.K., R.J. Reid et A. Brown. 2023. Équité pour qui? : approche des systèmes de santé apprenants en matière d'équité dans les soins de santé. *Politiques de Santé* 19(2): 15–20. doi:10.12927/hcpol.2023.27237.
- Lomas, J., S. Martin et K. Claxton. 2019. Estimating the Marginal Productivity of the English National Health Service from 2003 to 2012. *Value in Health* 22(9): 995–1002. doi:10.1016/j.jval.2019.04.1926.
- Martin, S., J. Lomas, K. Claxton et F. Longo. 2021. How Effective Is Marginal Healthcare Expenditure? New Evidence from England for 2003/04 to 2012/13. *Applied Health Economics and Health Policy* 19(6): 885–903. doi:10.1007/s40258-021-00663-3.
- Mathews, M., T. Liu, D. Ryan, L. Hedden, J. Lukewich, E.G. Marshall et al. 2023. Interventions axées sur la pratique et le système pour réduire la transmission de COVID-19 dans les milieux de soins primaires : une étude qualitative. *Politiques de Santé* 19(2): 63–78. doi:10.12927/hcpol.2023.27232.
- Ontario Nurses' Association (ONA). 2023. *Highlights of Collective Agreement Changes as a Result of the Kaplan Decision and Items in Agreement between ONA and Participating Hospitals*. Consulté le 13 octobre 2023. <<https://www.ona.org/wp-content/uploads/2023-hospital-central-contract-highlights.pdf>>.