

A Call for Bigger Thinking and Meaningful Improvements in Health and Well-Being: Time to Move on From Small-Scale Changes

EFFECTIVE REFORMS TO PROVINCES' AND TERRITORIES' HEALTHCARE DELIVERY systems are needed to generate meaningful changes in population-based health and well-being outcomes in Canada. These reforms include transformations that slow the decline of health and improve the quality of life – such as those relevant to long-term care and aged care – and are expansive enough to include prevention and health promotion.

From the perspectives of many, including mine, the adoption of effective policy reforms can be frustratingly slow but is long overdue (Sutherland 2021). For instance, why can't people and their healthcare providers access a single electronic medical record shared across providers, sectors and settings for both publicly and privately insured services? The technology exists, and the business case is strong (CCA 2023). Even highly visible and expensive reforms by provinces' and territories' ministries of health have struggled to gain traction – for example, using higher payments to improve access to primary care (Farmer 2023; Islam et al. 2023).

Even when the policy path is clear, solutions well-articulated and expected outcomes beneficial to thousands, effective reforms have been slow in coming. This is the case with surgical waitlists. Provinces and territories have been slow to develop policies that have been shown to be effective at improving wait times and access to elective surgery, such as centralizing waitlists (Blythe and Ross 2022; Office of the Auditor General of Ontario 2021).

These examples highlight that reforms to provinces' and territories' healthcare delivery systems that meaningfully raise population-based health and well-being outcomes are uncommon. Opportunities abound and span all aspects of healthcare, including service delivery models, clinical governance, procurement, clinical information integration, payment policy and provincial or territorial health insurance programs. Recent reforms are modestly incremental, targeting dental services for uninsured children and the elderly through the Canadian Dental Care Plan (Government of Canada 2024). The other is the much-ballyhooed national pharmacare program, now scaled down to include only diabetes therapies and reproductive care and already panned as a “pilot” for expanding drug insurance programs (Picard 2024b).

Governments face policy choices. They are not making the hard choices for meaningful and effective reforms in healthcare that raise population-based health and well-being outcomes. Lack of policy innovation by provinces and territories could be overlooked by the public if provincial and territorial health systems were high-performing. However, they are not. Incrementalism is not cutting it.

I am not the first to say that reforms are needed (Drummond and Sinclair 2021; Picard 2024a). The health systems that governments regulate and fund clearly need big ideas and innovation. Here are some ideas.

Thinking Big *Re-writing the Canada Health Act for expansion*

A re-imagined *Canada Health Act (CHA)* (1985) would build from provinces' and territories' forays into other sectors not covered by the *CHA*. They would expand their insurance programs to include publicly funded access to under-insured and uninsured physical and mental health services, therapies and products.

Currently, the *CHA* (1985) outlines the minimums required by provinces and territories – free access to medically necessary hospital, physician and diagnostic services. Beyond this minimum guarantee of access and public administration, provinces and territories have latitude regarding which other providers, sectors, settings, services or technologies are publicly insured. Provinces and territories already selectively offer programs that insure select groups of residents, such as drug insurance for the aged, long-term care for residents who lack the ability to privately pay and access to human immunodeficiency virus drugs.

Significant reform that expands provincial and territorial health insurance programs would encompass and subsume what is currently privately paid or commercially insured services, technologies and products, including drugs, vision and hearing care, physical therapies and mental healthcare services. This reform would remove financial barriers to accessing physical and mental health services from audiologists, physiotherapists, dentists and counsellors. Expansion of provincial insurance programs of this magnitude has been unheard of since the introduction of provincial insurance programs decades ago.

Yes, expanding provincial and territorial health insurance programs would be complex because of the number of stakeholders involved – each vested and invested in the current structure and process of healthcare delivery. Each of the physician associations, nursing unions, allied health providers, healthcare organizations, pharmaceutical and technology companies, patients and caregivers would deserve a say.

Yes, publicly insuring healthcare services, technologies and therapies that are currently under-insured and uninsured would be expensive.

The governments' bold policy reforms into publicly funding under-insured and uninsured physical and mental health services, technologies and therapies would signify that provincial and territorial governments are focused on reducing wealth-based disparities in health and well-being among their residents. However, it is also not a panacea and involves

big trade-offs. Serious problems that governments largely ignore would remain unaddressed, including the effectiveness or appropriateness of services or products and quality problems that plague current healthcare delivery models.

Re-writing the CHA for compulsory health insurance in a government-regulated market

With changes to the *CHA* (1985) and other legislative efforts, the market for health insurance could be opened by provinces and territories. This reform would allow private health insurers to offer health insurance to residents in a government-regulated health insurance market where public or private insurance is compulsory for individuals. This reform may or may not include services currently mandated by the *CHA* (1985).

Regulated health insurance markets exist in other high-income countries. In the Netherlands, “coverage schemes” (p. 3) are health insurance programs provided by private insurers and are compulsory for residents (noting there is a separate single-payer system for long-term care) (OECD and European Observatory on Health Systems and Policies 2021). Germany also has compulsory health insurance, with many health insurers referred to as “sickness funds” (Blümel et al. 2020: xxii). The Netherlands and Germany are acknowledged by many experts to have better-performing health systems than Canada (Schneider et al. 2021).

Hybrid variants of Dutch and German health insurance models have been implemented elsewhere. Optional private health insurance runs alongside the public system in Australia and Ireland. In these latter countries, private health insurance is not compulsory for residents. The well-publicized experience of Australia has shown that this approach is not a panacea (Angeles et al. 2023), although Australia’s health system reportedly consistently performs better than Canada’s on important markers of access (Schneider et al. 2021). There is also the case of the US, where many consider the health insurance market to be a failure for population-level health and well-being outcomes, noting the important distinction that neither is health insurance compulsory nor do public insurers – such as state-based Medicaid programs (<https://www.medicaid.gov/>) – have a mandate or budget to provide health insurance to all residents.

A government-regulated mandated health insurance model is not inconceivable in Canada. Many Canadians already experience multi-payer insurance with workplace-based extended health benefits.

Such an abrupt change, however, would be dizzyingly complex owing to the constitutional entanglements, technically challenging to legislate and enact. It is not clear whether provinces, territories or the federal government have the skills to develop and manage a regulated health insurance market – which may or may not operate alongside the public system. There is scant relevant international evidence to guide large-scale reforms in the context of provinces and territories.

Would this be expensive? More expensive for whom is the trickier question, but we would likely experience higher total healthcare spending, public and private. The publicly

borne costs would depend on how far governments developed regulated and compulsory health insurance markets – whether the current publicly funded provincial health systems were maintained in parallel, whether governments stepped away from public provision of health services and “paid” private health insurers premiums that are now spent on healthcare or yet-to-be-conceived other options.

A heavily regulated and compulsory market for private health insurance that does, or does not, include services described in the *CHA* (1985) might shake off the stasis that has gripped provincial health systems.

Thinking big is not without outsized risks, but painfully slow incrementalism has left provinces’ health systems standing last in league tables, above only the US.

Thinking Medium

Compulsory insurance for physical and mental health services outside the CHA

In this hybrid reform, provinces’ residents would be obligated to carry “extended” health insurance to cover the currently under-insured or uninsured healthcare services and products, such as drugs, dental, vision and mental health services. As noted earlier, many Canadians already experience multi-payer care for physical and mental health services not insured by provinces and territories but offered by their employer.

Through compulsory extended health insurance, reforms could increase access to under-insured or uninsured services and products by removing financial barriers. Necessary steps would include minimizing or eliminating premiums among residents with low income and wealth. Obviously, public spending would increase. For this more limited option, the juice might be worth the squeeze if health and well-being outcomes improved meaningfully, especially among those currently unable to access the needed physical and mental health services and products due to affordability.

Being Bold for the Sake of Improving Performance

If the past is a guide, Canada’s provinces and territories have conditioned the public to be accustomed to a *small or no change* approach to health policy reforms. There is a need for provincial and territorial premiers, ministers of health and their deputy ministers to innovate in their health systems. Out-of-the-box thinking is needed, and reforms are overdue for an aging population’s health and well-being outcomes.

In This Issue

This issue’s first Discussion and Debate article (Crépault et al. 2024) is focused on the contentious issue of relaxing restrictions on promoting cannabis. Crépault et al. (2024) note that the cannabis industry has been opposed to aspects of restrictions on promoting cannabis, which leaves the industry less able to displace illegal producers and retailers. They argue that the federal government should not relax restrictions on promoting cannabis due to the cannabis-related harms among youth.

In a rejoinder to the Discussion and Debate article on restrictions on promoting cannabis, Hall (2024) similarly posits that relaxing restrictions on promoting cannabis could lead to an increase in the prevalence of problematic patterns of cannabis use and cannabis-related harms. However, this rejoinder draws a line with experiences in other regulated substances and activities – including alcohol, tobacco and gambling – noting that governments become dependent on their revenues. This parallel leads Hall (2024) to conclude that it is likely that governments will incrementally relax the regulation of cannabis over time.

This issue also features a Discussion and Debate article exploring provinces and territories' potential use of private surgical centres to expand access to elective day surgeries. Crump et al. (2024) argue that new data collection is needed from private surgical centres that measure access, quality and cost to patients. They further argue that additional information is needed to evaluate whether private surgical centres are providing high-value care to their patients relative to the public spending for those services.

A rejoinder to Crump et al. (2024) offers similar advice that additional information regarding access, quality and cost would be helpful. However, Falk (2024) arrives at his conclusion from the perspective that hospitals are not providing the needed services in a timely manner, additional elective surgical capacity is long overdue and patients are experiencing undue suffering while waiting.

The issue's first research paper is by Campbell et al. (2024) who explore policies regarding methadone prescribing regulation for opioid use disorder. Based on a comparative policy analysis, Campbell et al. (2024) show that British Columbia and Ontario have served as *hubs* for policy responses from other provinces owing to geographical, political and professional factors. They also show that western provinces' restrictive policies regarding methadone may have contributed to their province's higher rates of harm.

The next paper in this issue by de Moissac et al. (2024) describes the healthcare needs and experiences of French-speaking 2S/LGBTQI+ (two-spirit, lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and intersex) adults in Manitoba. The study applied a community-based participatory design during the first wave of the COVID-19 pandemic and found that gender and sexual identity were often hidden from healthcare providers. The study also outlined that participants reported twofold discrimination based on their ethnolinguistic and sexual identities, with de Moissac et al. (2024) arguing for policies to redress these inequities.

Arsenault-Lapierre et al. (2024) used a repeated cross-sectional design to compare patterns of health service utilization among new cases of dementia between rural and urban community-dwelling individuals. The study found that rural dwellers used less ambulatory care and more hospital-based care than urban community-dwelling individuals with dementia. Arsenault-Lapierre et al. (2024) provide a number of policy recommendations, such as expanding hospital-at-home programs, to provide alternatives to hospital-based care.

References

- Angeles, M.R., P. Crosland and M. Hensher. 2023. Challenges for Medicare and Universal Health Care in Australia Since 2000. *The Medical Journal of Australia* 218(7): 322–29. doi:10.5694/mja2.51844.
- Arsenault-Lapierre, G., C. Godard-Sebillotte, T. Bui, N. Sourial, L. Rochette, V. Massamba et al. 2024. Rural–Urban Differences in Healthcare Use in Persons With Dementia Between 2000 and 2019: A Quebec Population-Based Study. *Healthcare Policy* 19(3): 78–95. doi:10.12927/hcpol.2024.27281.
- Blümel, M., A. Spranger, K. Achstetter, A. Maresso and R. Busse. 2020. Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition* 22(6): 1–272.
- Blythe, N. and S. Ross. 2022, December. *Strategies to Reduce Waiting Times for Elective Care*. The King's Fund. Retrieved March 21, 2024. <https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/43ac620e93/strategies_reduce_waiting_times_2022.pdf>.
- Campbell, C., K. Chiu and A. Sud. 2024. Methadone Prescribing Regulation for Opioid Use Disorder in Canada: Evidence for an East–West Policy Divide. *Healthcare Policy* 19(3): 49–61. doi:10.12927/hcpol.2023.27228.
- Canada Health Act (R.S.C., 1985, c. C-6). Government of Canada. Retrieved March 21, 2024. <<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/>>.
- Council of Canadian Academies (CCA). 2023. *Connecting the Dots: Expert Panel on Health Data Sharing*. Retrieved March 21, 2024. <https://cca-reports.ca/wp-content/uploads/2023/10/Connecting-the-Dots_ENdigital_FINAL.pdf>.
- Crépault, J.-F., S. Rueda and V. Tang. 2024. Five Years After Cannabis Legalization, Is It Time to Ease Restrictions on Promotion? *Healthcare Policy* 19(3): 21–28. doi:10.12927/hcpol.2023.27241.
- Crump, R.T., G. Siljedal, E. Weis, A. Ragan and J.M. Sutherland. 2024. The Eye-Opening Truth About Private Surgical Facilities in Canada. *Healthcare Policy* 19(3): 33–41. doi:10.12927/hcpol.2024.27283.
- de Moissac, D., K. Prada, N.R. Gueye, J. Avanthay-Strus and S. Hardy. 2024. Healthcare Service Utilization and Perceived Gaps: The Experience of French-Speaking 2S/LGBTQI+ People in Manitoba. *Healthcare Policy* 19(3): 62–77. doi:10.12927/hcpol.2023.27239.
- Drummond, D. and D. Sinclair. 2021. Canada's Aging Population: Who Pays and Who Acts? *Insights*. Retrieved March 21, 2024. <<https://www.longwoods.com/content/26409/insights/canada-s-aging-population-who-pays-and-who-acts->>.
- Falk, W. 2024. Commentary: Pricing Cataract (and Other Straightforward) Surgeries – A Policy Perspective to Build Capacity, Value and Innovation. *Healthcare Policy* 19(3): 42–48. doi:10.12927/hcpol.2024.27285.
- Farmer, J. 2023, February 1. New Physician Payment Model in British Columbia. European Observatory on Health Systems and Policies. Retrieved March 21, 2024. <<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/analyses/hspm/canada-2020/new-physician-payment-model-in-british-columbia->>.
- Government of Canada. 2024, March 14. Canadian Dental Care Plan. Retrieved March 21, 2024. <<https://www.canada.ca/en/services/benefits/dental/dental-care-plan.html>>.
- Hall, W. 2024. Commentary: The Conflict Between Protecting Public Health and Raising Tax Revenue. *Healthcare Policy* 19(3): 29–32. doi:10.12927/hcpol.2024.27263.
- Islam, R., B. Kralj and A. Sweetman. 2023. Physician Workforce Planning in Canada: The Importance of Accounting for Population Aging and Changing Physician Hours of Work. *CMAJ* 195 (9): E335–40. doi:10.1503/cmaj.221239.
- Office of the Auditor General of Ontario. 2021, December. *Value-for-Money Audit: Outpatient Surgeries*. Retrieved March 21, 2024. <https://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en21/AR_Outpatient_en21.pdf>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) and European Observatory on Health Systems and Policies. 2021, December 13. *State of Health in the EU: The Netherlands, Country Health Profile 2021*. OECD and World Health Organization. Retrieved March 21, 2024. <https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/country-health-profiles/chp2021pdf/netherlands-countryhealthprofile2021.pdf?sfvsn=16e62a3a_5&download=true>.

Picard, A. 2024a, January 23. To Fix Canada's Crumbling Health Care System, We Need Better Tools Than Duct Tape. *The Globe and Mail*. Retrieved March 21, 2024. <<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-to-fix-canadas-crumbling-health-care-system-we-need-better-tools-than/>>.

Picard, A. 2024b, March 5. The Proposed New Pharmacare Program Is Yet Another Pilot Project With an Uncertain Future. *The Globe and Mail*. Retrieved March 21, 2024. <<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-the-proposed-new-pharmacare-program-is-yet-another-pilot-project-with/>>.

Schneider, E.C., A. Shah, M.M. Doty, R. Tikkanen, K. Fields and R.D. Williams II. 2021, August. *Mirror, Mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. The Commonwealth Fund. Retrieved March 3, 2024. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf>.

Sutherland, J.M. 2021. Confronting Barriers to Improving Healthcare Performance in Canada. *Healthcare Policy* 17(2): 6–18. doi:10.12927/hcpol.2021.26660.



Avoid burnout
Healthcare Jobs: Better Careers | Better Candidates

jobs.Longwoods.com

Appel à une réflexion plus approfondie et à des améliorations pour la santé et le bien-être : il est temps de passer à autre chose que des changements à petite échelle

DES RÉFORMES EFFICACES DES SYSTÈMES DE SANTÉ DES PROVINCES ET DES territoires sont nécessaires pour générer des changements significatifs dans les résultats en matière de santé et de bien-être de la population au Canada. Ces réformes comprennent des transformations qui ralentissent le déclin de la santé et améliorent la qualité de vie – comme celles qui concernent les soins de longue durée et les soins aux personnes âgées – et sont suffisamment étendues pour inclure la prévention et la promotion de la santé.

Selon plusieurs personnes, y compris moi-même, l'adoption de réformes politiques efficaces semble extrêmement lente, mais elle est attendue depuis longtemps (Sutherland 2021). Par exemple, pourquoi les gens et les fournisseurs de soins de santé ne peuvent-ils pas accéder à un seul dossier médical électronique partagé entre les fournisseurs, les secteurs et les établissements pour les services assurés publics et privés? La technologie existe et l'analyse de rentabilité est solide (CAC 2023). Même les réformes très visibles et coûteuses ont du mal à gagner du terrain – par exemple, en utilisant des paiements plus élevés pour améliorer l'accès aux soins primaires (Farmer 2023; Islam et al. 2023).

Même lorsque la voie politique est claire, que les solutions sont bien articulées et que les résultats attendus sont bénéfiques pour des milliers de personnes, les réformes efficaces tardent à venir. C'est le cas des listes d'attente en chirurgie. Les provinces et les territoires ont tardé à élaborer des politiques qui soient efficaces pour améliorer les temps d'attente et l'accès aux chirurgies non urgentes, comme la centralisation des listes d'attente (Blythe et Ross 2022; Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario 2021).

Ces exemples montrent que les réformes des systèmes de santé qui améliorent sensiblement les résultats en matière de santé et de bien-être de la population sont rares. Les possibilités abondent et couvrent tous les aspects des soins de santé, dont les modèles de prestation de services, la gouvernance clinique, l'approvisionnement, l'intégration de l'information clinique, la politique de paiement et les programmes d'assurance maladie provinciaux ou territoriaux. Les réformes récentes sont légèrement progressives, ciblant les

services dentaires pour les enfants non assurés et les personnes âgées par l’entremise du régime canadien de soins dentaires (Gouvernement du Canada 2024). Il y a aussi le controversé régime national d’assurance-médicaments, qui est désormais réduit pour comprendre uniquement les thérapies du diabète et les soins en matière de reproduction. Ce régime est déjà considéré comme un « projet pilote » pour l’expansion des programmes d’assurance-médicaments (Picard 2024b).

Les gouvernements doivent faire des choix politiques. Ils ne semblent pas portés à faire les choix difficiles qui apporteraient des réformes significatives et efficaces pour améliorer les résultats en matière de santé et de bien-être de la population. Le manque d’innovation stratégique des provinces et des territoires pourrait être toléré par la population si les systèmes de santé provinciaux et territoriaux étaient très performants. Cependant, ce n’est pas le cas. Les réformes graduelles ne suffisent pas.

Je ne suis pas le premier à dire que des réformes sont nécessaires (Drummond et Sinclair 2021; Picard 2024a). Les systèmes de santé que les gouvernements réglementent et financent ont clairement besoin de grandes idées et d’innovations. En voici quelques-unes.

Voir grand

Élargir la Loi canadienne sur la santé

Une refonte de la *Loi canadienne sur la santé (LCS)* (1985) reposerait sur les incursions des provinces et des territoires dans d’autres secteurs non couverts par la LCS. Ils élargiraient leurs programmes d’assurance pour inclure l’accès à des services, des thérapies et des produits de santé physique et mentale qui sont actuellement sous-assurés ou non assurés.

À l’heure actuelle, la LCS (1985) décrit les éléments minimums requis pour les provinces et les territoires – accès gratuit aux services hospitaliers, médicaux et diagnostiques médicalement nécessaires. Au-delà de cette garantie minimale, les provinces et les territoires ont toute latitude quant aux autres fournisseurs, secteurs, établissements, services ou technologies qui sont assurés par le secteur public. Les provinces et les territoires offrent déjà sélectivement des programmes qui assurent certains groupes de résidents, comme l’assurance-médicaments pour les personnes âgées, les soins de longue durée pour les résidents qui n’ont pas la capacité de payer à titre privé ou l’accès aux médicaments contre le virus de l’immunodéficience humaine.

Une réforme visant à élargir les programmes provinciaux et territoriaux d’assurance maladie engloberait les services, les technologies et les produits qui sont actuellement payés par le secteur privé ou assurés par le secteur commercial, notamment les médicaments, les soins de la vue, les soins en audiologie, la physiothérapie et les services de santé mentale. Cette réforme éliminerait les obstacles financiers à l’accès aux services de santé physique et mentale des audiologistes, physiothérapeutes, dentistes et autres conseillers. Il n’y a eu aucune expansion de cette ampleur depuis l’introduction des programmes d’assurance maladie provinciaux, il y a des décennies.

Oui, une expansion des programmes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux serait complexe en raison du nombre d'intervenants concernés – chacun étant impliqué dans la structure et les processus en place pour la prestation des soins de santé. Chaque association de médecins, syndicat d'infirmières, fournisseur de services de santé, organisation de soins de santé, société pharmaceutique ou technologique, patient ou soignant mériterait d'avoir son mot à dire.

Oui, il serait coûteux d'assurer publiquement les services de santé, les technologies et les thérapies qui sont actuellement sous-assurés ou non assurés.

Une réforme audacieuse des politiques gouvernementales en matière de financement public des services, technologies et thérapies de santé physique et mentale sous-assurés ou non assurés demande que les gouvernements provinciaux et territoriaux se penchent sur la réduction des disparités en matière de santé et de bien-être liées au statut économique. Cependant, cela n'est pas non plus une panacée et implique de gros compromis. Les problèmes graves que les gouvernements ignorent en grande partie demeureraient sans solution, pensons notamment à l'efficacité et à la pertinence des services ou des produits, ou encore aux problèmes de qualité qui nuisent aux modèles actuels de prestation des soins de santé.

Réécriture de la LCS pour une assurance maladie obligatoire sur un marché réglementé par l'État

Avec des changements apportés à la LCS (1985) et d'autres mesures législatives, les provinces et les territoires pourraient ouvrir le marché de l'assurance maladie. Cette réforme permettrait aux assureurs privés d'offrir une assurance aux résidents d'un marché réglementé par le gouvernement où l'assurance publique ou privée serait obligatoire pour les particuliers. Cette réforme pourrait inclure ou non les services actuellement prescrits par la LCS (1985).

Des marchés réglementés d'assurance maladie existent dans d'autres pays à revenu élevé. Aux Pays-Bas, les « régimes de couverture » (p. 3) sont des programmes d'assurance maladie privés obligatoires pour les résidents (il existe un système à payeur unique distinct pour les soins de longue durée) (OCDE et Observatoire européen des systèmes et politiques de santé 2021). L'Allemagne dispose également d'une assurance maladie obligatoire, avec de nombreux assureurs appelés « caisses d'assurance maladie » (Blümel et al. 2020: xxii). Les Pays-Bas et l'Allemagne sont reconnus par de nombreux experts pour avoir des systèmes de santé plus performants que le Canada (Schneider et al. 2021).

Des variantes des modèles d'assurance maladie néerlandais et allemands ont été mises en œuvre ailleurs. En Australie et en Irlande, l'assurance maladie privée optionnelle côtoie le système public. Dans ces pays, l'assurance maladie privée n'est pas obligatoire. L'expérience très médiatisée de l'Australie a montré que cette approche n'est pas une panacée (Angeles et al. 2023), bien que le système de santé de l'Australie semble constamment mieux performer que celui du Canada en ce qui concerne les marqueurs importants de l'accès (Schneider et al. 2021).

Il y a aussi le cas des États-Unis, où beaucoup considèrent le marché de l'assurance maladie comme un échec face aux résultats de santé et de bien-être de la population. Il est important de noter ici que l'assurance maladie n'est pas obligatoire et que les assureurs publics – tels que les programmes d'État de Medicaid (<https://www.medicaid.gov/>) – n'ont ni le mandat ni le budget pour fournir une assurance maladie à tous les résidents.

Un modèle d'assurance maladie obligatoire réglementé par le gouvernement n'est pas inconcevable au Canada. De nombreux Canadiens bénéficient déjà d'une assurance multini-veau avec des prestations complémentaires de santé en milieu de travail.

Cependant, un changement aussi brutal serait d'une complexité vertigineuse en raison des enchevêtrements constitutionnels, techniquement difficiles à légiférer et à promulguer. Il n'est pas clair si les provinces, les territoires ou le gouvernement fédéral ont les compétences nécessaires pour développer et gérer un marché réglementé de l'assurance maladie, lequel peut fonctionner ou non de concert avec le système public. Il existe peu de données probantes internationales pertinentes pour orienter les réformes à grande échelle dans le contexte des provinces et des territoires.

Cela coûterait-il cher? Plus cher « pour qui » est la question la plus délicate, mais nous aurions probablement des dépenses totales plus élevées, au public comme au privé. Les coûts assumés par le secteur public dépendraient de la mesure dans laquelle les gouvernements ont développé des marchés d'assurance maladie réglementés et obligatoires, en plus de considérer si les systèmes de santé publics sont maintenus en parallèle, si les gouvernements se sont éloignés de la prestation de services de santé et des primes d'assurance maladie privée « payées » qui seraient maintenant consacrées aux soins de santé ou à d'autres fins.

Un marché fortement réglementé et obligatoire de l'assurance maladie privée qui inclut ou non les services prévus par la LCS (1985) pourrait secouer la stase qui grippe les systèmes de santé provinciaux.

Voir grand n'est pas sans risques, mais la lente et douloureuse progression a laissé les systèmes de santé des provinces au dernier rang des classements, juste au-dessus des États-Unis.

Voir moyen

Assurance obligatoire pour les services de santé physique et mentale en dehors de la LCS

Dans le cadre de cette réforme hybride, les résidents des provinces seraient tenus de souscrire une assurance maladie complémentaire pour couvrir les services et produits de santé actuellement sous-assurés ou non assurés, tels que les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue et les services de santé mentale. Comme il a été mentionné précédemment, de nombreux Canadiens reçoivent déjà des soins à plusieurs niveaux pour des services de physiothérapie et de santé mentale non assurés par les provinces et les territoires, mais offerts par leur employeur.

Grâce à l'assurance maladie complémentaire obligatoire, les réformes pourraient accroître l'accès aux services et produits sous-assurés ou non assurés en supprimant les obstacles

financiers. Les mesures nécessaires comprendraient la minimisation ou l'élimination des primes pour les résidents à faible revenu. Évidemment, les dépenses publiques augmenteraient. Pour cette option plus limitée, le jeu pourrait en valoir la chandelle si les résultats en matière de santé et de bien-être s'améliorent de manière significative, en particulier chez ceux qui ne peuvent actuellement pas accéder aux services et produits de santé physique et mentale nécessaires en raison des coûts.

Être audacieux pour l'amélioration de la performance

Si le passé est garant de l'avenir, les provinces et les territoires du Canada ont conditionné la population à s'habituer à une approche de *changements modestes ou inexistantes* dans les réformes des politiques de santé. Il faut que les premiers ministres provinciaux et territoriaux ainsi que les ministres et sous-ministres de la Santé apportent des innovations dans les systèmes de santé. Une réflexion originale est nécessaire et les réformes se font attendre depuis longtemps pour améliorer les résultats en matière de santé et de bien-être d'une population vieillissante.

Dans ce numéro

Le premier article de la section Discussions et débats (Crépault et al. 2024) porte sur la question controversée de l'assouplissement des restrictions sur la promotion du cannabis. Crépault et al. (2024) font remarquer que l'industrie du cannabis s'oppose à certains aspects des restrictions sur la promotion, ce qui laisse l'industrie moins en mesure de supplanter les producteurs et les détaillants illégaux. Les auteurs soutiennent que le gouvernement fédéral ne devrait pas assouplir les restrictions sur la promotion du cannabis en raison de ses effets néfastes chez les jeunes.

Dans une réplique à cet article, Hall (2024) avance aussi que l'assouplissement des restrictions sur la promotion du cannabis pourrait entraîner une augmentation de la prévalence des schémas problématiques de consommation de cannabis et des effets néfastes. Cependant, cette réplique établit un lien avec l'expérience d'autres substances et activités réglementées – notamment l'alcool, le tabac et le jeu –, en notant que les gouvernements deviennent dépendants de leurs revenus fiscaux. Ce parallèle amène Hall (2024) à conclure qu'il est probable que les gouvernements assouplissent progressivement la réglementation du cannabis au fil du temps.

La section Discussions et débats comprend aussi un article qui explore l'utilisation possible des centres chirurgicaux privés par les provinces et les territoires pour élargir l'accès aux chirurgies de jour non urgentes. Crump et al. (2024) soutiennent qu'il faut recueillir de nouvelles données auprès des centres chirurgicaux privés pour mesurer l'accès, la qualité et les coûts pour les patients. Ils soutiennent en outre que des renseignements supplémentaires sont nécessaires pour évaluer si les centres chirurgicaux privés fournissent des soins de grande valeur à leurs patients par rapport aux dépenses publiques pour ces services.

Une réplique à Crump et al. (2024) présente des conseils similaires, selon lesquels des informations supplémentaires concernant l'accès, la qualité et les coûts seraient utiles. Cependant, Falk (2024) arrive à sa conclusion en constatant que les hôpitaux ne fournissent pas les services nécessaires en temps opportun, qu'une capacité chirurgicale supplémentaire est attendue depuis longtemps et qu'entre-temps les patients éprouvent des souffrances inutiles.

Le premier article de recherche, de Campbell et al. (2024), se penche sur les politiques concernant la réglementation de la prescription de méthadone pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes. D'après une analyse comparative des politiques, Campbell et al. (2024) montrent que la Colombie-Britannique et l'Ontario ont servi de plaque tournante pour les réactions stratégiques d'autres provinces en raison de facteurs géographiques, politiques et professionnels. Ils montrent également que les politiques restrictives des provinces de l'Ouest concernant la méthadone peuvent avoir contribué aux taux plus élevés d'effets néfastes dans ces provinces.

L'article suivant, rédigé par de Moissac et al. (2024), décrit les besoins et les expériences en matière de soins de santé chez les adultes 2S/LGBTQI+ (bispirituels, lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, queers et intersexes) d'expression française au Manitoba. Grâce à une enquête participative communautaire qui a eu lieu pendant la première vague de la pandémie de COVID-19, l'étude a permis de constater que le genre et l'identité sexuelle des membres de cette communauté étaient souvent dissimulés face aux fournisseurs de soins de santé. L'étude souligne aussi que les participants ont signalé une double discrimination fondée à la fois sur leur identité ethnolinguistique et sur leur identité sexuelle, ce qui amène de Moissac et al. (2024) à plaider pour des politiques visant à corriger ces inégalités.

Arsenault-Lapierre et al. (2024) ont employé un plan de cohortes transversales annuelles répétées pour comparer les modèles d'utilisation des services de santé parmi les nouveaux cas de démence entre les personnes vivant en milieu rural et celles vivant en milieu urbain. L'étude a révélé que les habitants des régions rurales et atteints de démence utilisaient moins de soins ambulatoires et plus de soins hospitaliers que leurs homologues en milieu urbain. Arsenault-Lapierre et al. (2024) formulent un certain nombre de recommandations stratégiques, comme l'expansion des programmes hospitaliers à domicile, pour offrir des solutions de rechange aux soins hospitaliers.

JASON M. SUTHERLAND, PHD
Rédacteur en chef

Références

- Angeles, M.R., P. Crosland et M. Hensher. 2023. Challenges for Medicare and Universal Health Care in Australia Since 2000. *The Medical Journal of Australia* 218(7): 322–29. doi:10.5694/mja2.51844.
- Arsenault-Lapierre, G., C. Godard-Sebillotte, T. Bui, N. Sourial, L. Rochette, V. Massamba et al. 2024. Différences entre régions rurales et urbaines dans l'utilisation des soins de santé chez les personnes atteintes de démence entre 2000 et 2019 : une étude québécoise axée sur la population. *Politiques de Santé* 19(3): 78–95. doi:10.12927/hcpol.2024.27281.
- Blümel, M., A. Spranger, K. Achstetter, A. Maresso et R. Busse. 2020. Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition* 22(6): 1–272.
- Blythe, N. et S. Ross. Décembre 2022. *Strategies to Reduce Waiting Times for Elective Care*. The King's Fund. Consulté le 21 mars 2024. <https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/43ac620e93/strategies_reduce_waiting_times_2022.pdf>.
- Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. Décembre 2021. *Audit de l'optimisation des ressources : Chirurgies en consultation externe*. Consulté le 21 mars 2024. <https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr21/AR_Outpatient_fr21.pdf>.
- Campbell, C., K. Chiu et A. Sud. 2024. Règlement sur la prescription de méthadone pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes au Canada : preuves d'un fossé entre l'Est et l'Ouest. *Politiques de Santé* 19(3): 49–61. doi:10.12927/hcpol.2023.27228.
- Conseil des académies canadiennes (CAC). 2023. *Relier les points : Le comité d'experts sur le partage de données sur la santé*. Consulté le 21 mars 2024. <https://www.rapports-cac.ca/wp-content/uploads/2023/10/Relier-les-points_FRdigital_FINAL.pdf>.
- Crépault, J.-F., S. Rueda et V. Tang. 2024. Cinq ans après la légalisation du cannabis, est-il temps d'assouplir les restrictions sur la promotion? *Politiques de Santé* 19(3): 21–28. doi:10.12927/hcpol.2023.27241.
- Crump, R.T., G. Siljedal, E. Weis, A. Ragan et J.M. Sutherland. 2024. La vérité sur les établissements chirurgicaux privés au Canada. *Politiques de Santé* 19(3): 33–41. doi:10.12927/hcpol.2024.27283.
- de Moissac, D., K. Prada, N.R. Gueye, J. Avanthay-Strus et S. Hardy. 2024. Utilisation des services de santé et lacunes perçues : l'expérience des francophones 2S/LGBTQI+ au Manitoba. *Politiques de Santé* 19(3): 62–77. doi:10.12927/hcpol.2023.27239.
- Drummond, D. et D. Sinclair. 2021. Canada's Aging Population: Who Pays and Who Acts? *Insights*. Consulté le 21 mars 2024. <<https://www.longwoods.com/content/26409/insights/canada-s-aging-population-who-pays-and-who-acts->>.
- Falk, W. 2024. Commentaire : Établissement du prix des chirurgies de la cataracte (et autres chirurgies simples) – point de vue stratégique pour renforcer la capacité, la valeur et l'innovation. *Politiques de Santé* 19(3): 42–48. doi:10.12927/hcpol.2024.27285.
- Farmer, J. 1^{er} février 2023. New Physician Payment Model in British Columbia. European Observatory on Health Systems and Policies. Consulté le 21 mars 2024. <<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/analyses/hspm/canada-2020/new-physician-payment-model-in-british-columbia>>.
- Gouvernement du Canada. 14 mars 2024. Régime canadien de soins dentaires. Consulté le 21 mars 2024. <<https://www.canada.ca/fr/services/prestations/dentaire/regime-soins-dentaires.html>>.
- Hall, W. 2024. Commentaire : Conflit entre la protection de la santé publique et augmentation des recettes fiscales. *Politiques de Santé* 19(3): 29–32. doi:10.12927/hcpol.2024.27263.
- Islam, R., B. Kralj et A. Sweetman. 2023. Physician Workforce Planning in Canada: The Importance of Accounting for Population Aging and Changing Physician Hours of Work. *CMAJ* 195 (9): E335–40. doi:10.1503/cmaj.221239.
- Loi canadienne sur la santé* (L.R.C., (1985), ch. C-6). Gouvernement du Canada. Consulté le 21 mars 2024. <<https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/>>.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et Observatoire européen des systèmes et politiques de santé. 13 décembre 2021. *State of Health in the EU: The Netherlands, Country Health Profile 2021*. OCDE et Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 21 mars 2024. <https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/country-health-profiles/chp2021pdf/netherlands-countryhealthprofile2021.pdf?sfvrsn=16e62a3a_5&download=true>.

Picard, A. 2024a, 23 janvier. To Fix Canada's Crumbling Health Care System, We Need Better Tools Than Duct Tape. *The Globe and Mail*. Consulté le 21 mars 2024. <<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-to-fix-canadas-crumbling-health-care-system-we-need-better-tools-than/>>.

Picard, A. 2024b, 5 mars. The Proposed New Pharmacare Program Is Yet Another Pilot Project With an Uncertain Future. *The Globe and Mail*. Consulté le 21 mars 2024. <<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-the-proposed-new-pharmacare-program-is-yet-another-pilot-project-with/>>.

Schneider, E.C., A. Shah, M.M. Doty, R. Tikkanen, K. Fields et R.D. Williams II. Août 2021. *Mirror, Mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. The Commonwealth Fund. Consulté le 3 mars 2024. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf>.

Sutherland, J.M. 2021. Faire face aux obstacles à l'amélioration du rendement des soins de santé au Canada. *Politiques de Santé* 17(2): 6–18. doi:10.12927/hcpol.2021.26660.