

Spending on Healthcare: What Is the Right Number?

HEALTHCARE IS CANADA'S FAVOURITE PUNCHING BAG. ADMITTEDLY, CANADIAN healthcare has many problems and, sometimes, it feels as though the system cannot get anything right. But is all the criticism fair?

Many Canadians experience the underbelly of provinces' and territories' publicly funded healthcare systems, which results in a perception that governments are spending too little money to fix the problems. This perception is in stark contrast with healthcare policy wonks' debates regarding whether Canada spends too little or too much. This editorial takes aim at the question of whether provinces and territories spend enough money on healthcare.

What Does Canada Currently Spend on Healthcare?

Canada was projected to spend \$344 billion on healthcare in 2023, an annual increase of 2.8%. This is a lot of money. The spending is split into 70% public spending by governments and 30% private spending (CIHI 2023). The former includes spending on hospitals and physician services while the latter includes individuals' out-of-pocket costs for uninsured physical and mental health services, therapies and devices.

The big-ticket items are well known. Approximately 25% is spent on hospitals, 14% on prescribed medicines and 14% on physician services. The remaining 44% is spent on home and community care, allied health professionals, public health, capital for building and so on. Approximately 3% is spent on administration (CIHI 2023).

The financing of public healthcare spending comes from two sources. Approximately \$47.1 billion is financed through the Canada Health Transfer from the federal government to provinces and territories (Department of Finance Canada 2024). The remaining \$190 billion of public funding is generated through taxes, fees and levies by the provinces and territories.

How Does Health System Performance Compare With Other Nations?

Provinces' and territories' health systems perform well on some measures. Canada has among

the best population health outcomes across the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) nations (OECD 2023). For instance, Canada comparatively has a low number of avoidable deaths and a low percentage of people who self-report their own health as bad or very bad (OECD 2023).

On measures of health system performance, provinces' and territories' health systems perform dismally. Canada has among the worst outcomes on measures of access to primary care and timely access to advanced imaging or non-life-threatening surgeries (Schneider et al. 2021).

To address the question of whether the provinces and territories spend enough money on healthcare, there are two pieces to the puzzle. The first is whether the trade-offs related to spending on healthcare outweigh the benefits of spending on other provincial and territorial programs. Second, once the budget for public spending on healthcare is set by the government, what are the trade-offs regarding how the funds are spent?

Overall Spending on Healthcare

If we consider how much should be spent on healthcare in Canada, the options are unlimited. At one end, provinces and territories could devote their entire budget to healthcare. In fact, some argue that this outcome is approaching since healthcare spending is growing as a proportion of all government expenditures. We argue that this is implausible since Canadians also highly value other public programs, such as education.

At the other end of the spectrum, governments could spend as little as possible on healthcare. This could be achieved by restricting public spending to mandatory services outlined in the *Canada Health Act* (1985). This option is equally implausible since it would do away with provinces' drug insurance plans for seniors, for example.

The middle ranges of the spectrum leave a lot of room for governments to determine how to spend their revenues – and how much on healthcare. Framing the allocation between programs in this way lays bare that government programs are competing for the available funding.

The question is then this: What is the *best* allocation of taxpayers' dollars to healthcare?

The *best* allocation is measured with opportunity costs. In other words, what are the benefits to Canadians of spending on other programs that compete with healthcare for the government's dollars? For instance, what are the potential gains to Canadians of spending more on new bridges to alleviate traffic or spending on libraries, schools and parks in growing communities as compared with spending the same amount on healthcare?

The analysis to determine the opportunity costs of government spending in areas other than health – even within health – are beyond current data and information. This means that there are few evidence-based tools available to governments, their analysts or the public to determine whether healthcare spending is providing health benefits of comparable value in lieu of spending on other programs.

One of the few points of comparison is whether other OECD countries spend similar amounts on healthcare after adjusting for population size. Surprising to many Canadians, our country's spending on healthcare is among the highest when compared with other OECD nations (OECD 2023).

The other point of comparison is whether some provinces are meaningfully spending more or less than others on healthcare. The data indicate that, as a proportion of government spending, provinces tend to spend around the same amount on healthcare. The absence of outliers suggests that provinces and territories are not out of line with each other in their spending.

From these, albeit limited, perspectives, provinces and territories are spending what they ought to on healthcare. Canadians can draw little solace from this flawed comparison since nobody knows whether comparator countries or provinces spend too little or too much. That is only the beginning of the story though.

Spending Within Healthcare

Once the dust has settled and budget negotiations are over, there is still much hard work ahead in terms of deciding which healthcare programs receive the money. Should spending on hospitals or home care be prioritized? It turns out that nobody knows how to spend the money to get the highest benefit in terms of patients' health relative to the amount of spending. That is, the opportunity costs of spending between sectors, settings, providers or products are unknown. Since we are unable to reliably quantify the benefits across all these sectors, we do not know what we are trading off with the spending decisions.

Not knowing the opportunity costs of different healthcare programs means there is no insight into whether additional spending on surgeries *buys* more health than spending the same amount on homecare services or funding new assisting living spaces, for example. The uncertainty causes programs' allocations to be based on combinations of incomplete data, advocacy and political expediency, with some exceptions. The results are unpredictable – uncertainty regarding what spending *buys* more health can result in inappropriately downsizing capital projects, such as with hospitals, in rapidly growing communities.

Not knowing how to best spend the money has meaningful implications within provinces and territories since the numbers are so big – they impact budgets and the people whose livelihoods rely on them.

The Trajectory of Healthcare Spending

Perhaps the best we can hope for is to slow the trajectory of spending on healthcare. This is not a novel concept. *Bend the curve* was all the rage 10 years ago and then disappeared during the profligate COVID-19-related healthcare spending surge. “Bend the curve” means slowing the rate of growth of healthcare spending so it does not consume too much of the government's revenue (Marchildon and Di Matteo 2014). Given the implausibility of other options,

the “bend the curve” concept offers potentially the best achievable outcome for Canada, slowing the rate of healthcare spending growth.

Fortunately, there are many good ideas on how to slow down spending growth. Some are legislative, others are technology- or policy-based. All require a significant shift from the current approach of the status quo. We name a few ideas here:

- *The federal government, the provinces and the territories legislate a cap on healthcare spending growth.* This approach has been tried in the UK, where multi-year growth caps would provide predictability and create incentives for robust budget management. This approach could be twinned with commitment between political parties to put caps on healthcare spending growth.
- *Expanding non-hospital-based models of care.* Since hospitals are the most expensive locations to receive care and, in many cases, not the optimal location, there would be a commitment to building outpatient care centres, community care and virtual care delivery.
- *Focus spending on the social determinants of health.* Since the cheapest hospitalization is the one that never happens, more funding should be directed into affordable housing, basic income support, accessible education, climate change and public health.
- *Working at or near the top of skill levels.* Spending on human resources is estimated to be 63% of hospital expenditures (CIHI 2022). Drawing from evidence, there is untapped potential to reconsider the type of skills required to provide specific kinds of care. This will provide support for highly trained care providers to focus on activities or *scopes of practice* that they are trained for.
- *Continue focusing on medicine price negotiation and management.* The rate of growth of spending on medicines is outstripping other programs. Governments should continue to focus on applying and expanding cost management tools, such as mandatory generic substitution, mandatory biosimilar switching and price negotiation for individual medicines.

Conclusion Regarding Healthcare Spending

This editorial is not able to provide a definitive judgement regarding whether Canada’s spending on healthcare is enough or appropriate.

There are no easy answers regarding the level of public spending on healthcare. Absent revenue increases, increases to healthcare spending come at the cost of investments in other programs – this cannot go on for too much longer. Provinces and territories could shift more spending to the private sector though this shift negatively affects those without the means to pay privately, increases inequities over time and decreases the overall health of Canadians over time.

The most viable option is to slow the trajectory of healthcare spending growth. The status quo cannot be maintained for much longer so governments need to move quickly.

In This Issue

This issue's Discussion and Debate article highlights Canada's patchwork approach to funding expensive drugs for rare diseases. Given the mismatch between available funds and the need for spending on effective treatments, Lexchin and Sirrs (2024) advocate for the development of standardized principles to guide coverage and spending policies, whose elements may include defining evidence generation, risk-sharing agreements with manufacturers or de-emphasizing spending on products with slight or very limited therapeutic benefit.

A rejoinder to the proposed principles for coverage and spending policies on expensive drugs for rare diseases is offered by Gagnon (2024). The rejoinder states that spending on expensive drugs is important, but a broader question regarding the allocation of public funding for rare diseases should also consider other aspects of health-related quality of life, such as the provision of medical equipment and home modifications. The rejoinder also describes that developing and producing expensive drugs for rare diseases has a place in Canada. It concludes that funding rare diseases is important and is an area that needs new policies.

In the Data Matters category in this issue, Keefe et al. (2024) present research regarding the quality of work life and mental well-being among staff at Nova Scotian long-term care homes. The research analyzed survey data from a cross-section of continuing care assistants, registered nurses and licensed practical nurses working in 10 licensed long-term care homes in Nova Scotia. The results highlight that improving the work environment of continuing care assistants should be a priority focus in order to augment the stability of the Nova Scotian long-term care workforce.

In a second Data Matters article in this issue, Ruangsomboon et al. (2024) highlight changes in Ontario's primary care health services during the COVID-19 pandemic using a repeated cross-sectional study of audit and feedback reports for academic practices associated with the University of Toronto. Based on a number of quality-of-care indicators, the study concluded that primary care services were disrupted during the pandemic and associated with missed and delayed care.

This issue offers a research manuscript by Dion et al. (2024) assessing reasons for high emergency department utilization among people with common mental disorders or substance-related disorders in Quebec. Based on a sample of high users, common reasons for high emergency department utilization included barriers to accessing outpatient care and co-occurring disabilities. The research highlighted problems with patients' trust in the health system, unmet healthcare needs and problems with care coordination.

A research manuscript by Lexchin (2024) investigates conflicts of interest among deans of medical schools in Canada. Using publicly available information, the investigation found that no conflict-of-interest statements were available for over 10 deans while six deans had

From the Editors

conflicts with industry. The research highlights the complex roles of medical school deans, a lack of transparency regarding conflict declaration and involvement with pharmaceutical companies.

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

- Canada Health Act (R.S.C., 1985, c. C-6). Government of Canada. Retrieved August 8, 2024. <<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/>>.
- Canadian Institutes for Information (CIHI). 2022. What Are Hospitals Spending on? Retrieved July 17, 2024. <<https://www.cihi.ca/en/what-are-hospitals-spending-on>>.
- Canadian Institutes for Information (CIHI). 2023, November 2. National Health Expenditure Trends. Retrieved Jul 17, 2024. <<https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends>>.
- Department of Finance Canada. 2024. Budget 2024: Fairness for Every Generation. Government of Canada. Retrieved July 17, 2024. <<https://budget.canada.ca/2024/home-accueil-en.html>>.
- Dion, K.-M., F. Ferland, L. Farand, L. Gauvin and M.-J. Fleury. 2024. Reasons for High Emergency Departments Use Among Patients With Common Mental Disorders or Substance-Related Disorders. *Healthcare Policy* 19(4): 55–69. doi:10.12927/hcpol.2024.27333.
- Gagnon, M.-A. 2024. Commentary: Which Principles Should Apply for a National Strategy on Rare Diseases? *Healthcare Policy* 19(4): 27–31. doi:10.12927/hcpol.2024.27353.
- Keefe, J.M., A. Duynisveld, S. Stevens and C. Estabrooks. 2024. Quality of Work Life and Mental Well-Being for Long-Term Care Staff in Nova Scotia. *Healthcare Policy* 19(4): 32–41. doi:10.12927/hcpol.2024.27348.
- Lexchin, J. 2024. Conflicts of Interest of Canadian Medical School Deans: A Cross-Sectional Study. *Healthcare Policy* 19(4): 70–80. doi:10.12927/hcpol.2024.27349.
- Lexchin, J. and S. Sirrs. 2024. Federal Funding for Expensive Drugs for Rare Diseases: How Do We Pick and Choose? *Healthcare Policy* 19(4): 19–26. doi:10.12927/hcpol.2024.27334.
- Marchildon, G.P. and L. Di Matteo (eds.). 2014. *Bending the Cost Curve in Health Care: Canada's Provinces in International Perspective*. University of Toronto Press.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2023. *Health at a Glance 2023*. Retrieved August 8, 2024. <https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html>.
- Ruangsomboon, O., A. Zhong, A. Kopp, B. Elston, K. Eldridge, S. Lee et al. 2024. Changes in Primary Care Health Services During the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Analysis of Data From Ontario. *Healthcare Policy* 19(4): 42–55. doi:10.12927/hcpol.2024.27362.
- 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 August 8, 2024. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf>.

Dépenses de santé : quel est le bon chiffre?

LE SECTEUR DE LA SANTÉ EST LE BOUC ÉMISSAIRE DE PRÉDILECTION DU CANADA. Il est vrai que les soins de santé sont confrontés à de nombreux problèmes et, parfois, on a l'impression que le système ne peut rien faire correctement. Mais toutes les critiques sont-elles justes?

Plusieurs Canadiens se heurtent aux failles des systèmes de santé publics provinciaux et territoriaux, ce qui donne l'impression que les gouvernements dépensent trop peu d'argent pour régler les problèmes. Cette perception contraste fortement avec les débats politiques qui portent sur la question de savoir si le Canada dépense trop ou pas assez dans la santé. Le présent éditorial vise à déterminer si les provinces et les territoires dépensent suffisamment d'argent pour les soins de santé.

Que dépense le Canada actuellement en soins de santé?

Le Canada devrait dépenser 344 milliards de dollars en soins de santé en 2023, soit une augmentation annuelle de 2,8 %. C'est beaucoup d'argent. Les dépenses sont réparties entre 70 % de dépenses publiques et 30 % de dépenses privées (ICIS 2023). Le premier pourcentage comprend les dépenses gouvernementales pour les hôpitaux et les services médicaux, tandis que le second comprend les frais des particuliers pour des services, des thérapies ou des dispositifs médicaux en santé physique et mentale non assurés.

Les articles à gros prix sont bien connus. Environ 25 % des fonds sont consacrés aux hôpitaux, 14 % aux médicaments d'ordonnance et 14 % aux services médicaux. Les 44 % restants vont aux soins à domicile et communautaires, aux professionnels paramédicaux, à la santé publique, au capital pour le bâtiment, etc. Environ 3 % sont destinés à l'administration (ICIS 2023).

Le financement des dépenses publiques de santé provient de deux sources. Environ 47,1 milliards de dollars sont financés par le Transfert canadien en matière de santé du gouvernement fédéral aux provinces et territoires (ministère des Finances Canada 2024).

Les 190 milliards de dollars restants proviennent des impôts, des frais et des redevances des provinces et territoires.

Comment se compare la performance du système de santé par rapport aux autres pays?

Les systèmes de santé des provinces et territoires ont un bon rendement dans certaines mesures. Le Canada est l'un des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui affiche les meilleurs résultats en matière de santé de la population (OCDE 2023). Par exemple, le Canada a comparativement un faible nombre de décès évitables et un faible pourcentage de personnes qui déclarent que leur santé est mauvaise ou très mauvaise (OCDE 2023).

En ce qui concerne les mesures du rendement des systèmes de santé, les provinces et les territoires affichent un rendement déplorable. Le Canada a l'un des pires résultats en ce qui concerne les mesures d'accès aux soins primaires et l'accès en temps opportun aux examens d'imagerie avancés ou aux opérations chirurgicales non urgentes (Schneider et al. 2021).

Pour ce qui est de savoir si les provinces et les territoires dépensent suffisamment d'argent pour les soins de santé, il y a deux pièces du puzzle. La première est de savoir si les compromis liés aux dépenses en santé l'emportent sur les avantages des dépenses dans d'autres programmes provinciaux et territoriaux. La deuxième a trait aux compromis quant à la façon dont les fonds sont dépensés, une fois que le budget des dépenses publiques en santé est fixé par le gouvernement.

Dépenses globales en soins de santé

Si l'on considère combien il faudrait dépensée pour les soins de santé au Canada, les choix sont illimités. D'un côté, les provinces et les territoires pourraient consacrer tout leur budget aux soins de santé. En fait, certains affirment que cette possibilité approche puisque les dépenses de santé augmentent face à toutes les autres dépenses gouvernementales. Nous soutenons que cela est invraisemblable, puisque les Canadiens accordent aussi une grande valeur à d'autres programmes publics, comme l'éducation.

À l'opposé, les gouvernements pourraient dépenser le moins possible pour les soins de santé. Cela pourrait se faire en limitant les dépenses publiques aux services obligatoires décrits dans la *Loi canadienne sur la santé* (1985). Cette option est tout aussi improbable, car elle éliminerait les régimes d'assurance-médicaments des provinces pour les aînés, par exemple.

Entre ces deux extrêmes, les gouvernements disposent d'une vaste marge pour déterminer comment dépenser leurs revenus – et combien ils consacrent à la santé. En encadrant la répartition entre les programmes de cette façon, on observe que les programmes gouvernementaux sont en concurrence pour le financement disponible.

La question est donc la suivante : quelle est la *meilleure* façon d'affecter l'argent des contribuables aux soins de santé?

La *meilleure* allocation se mesure avec les coûts d'opportunité. En d'autres termes, quels sont les avantages pour les Canadiens de dépenser dans d'autres programmes qui rivalisent avec les soins de santé pour l'argent du gouvernement? Par exemple, quels sont les gains potentiels des dépenses pour des nouveaux ponts visant à alléger la circulation, ou encore ceux des dépenses dans les bibliothèques, les écoles et les parcs dans les collectivités en croissance, comparativement aux mêmes montants pour les soins de santé?

Les analyses visant à déterminer le coût d'opportunité des dépenses du gouvernement dans des domaines autres que la santé, et même au sein de la santé, dépassent les données et l'information actuelles. Cela veut dire qu'il existe peu d'outils fondés sur des données probantes à la disposition des gouvernements, des analystes ou du public pour déterminer si les dépenses de santé offrent des avantages comparables en matière de santé plutôt que de financer d'autres programmes.

Un des rares points de comparaison est de savoir si d'autres pays de l'OCDE dépensent des montants similaires pour les soins de santé après ajustement en fonction de la taille de la population. Étonnamment, les dépenses de santé de notre pays figurent parmi les plus élevées par rapport à celles des autres pays de l'OCDE (OCDE 2023).

L'autre point de comparaison est de savoir si certaines provinces dépensent plus ou moins que d'autres en soins de santé. Les données indiquent que, en proportion des dépenses publiques, les provinces ont tendance à dépenser environ le même montant pour les soins de santé. L'absence de valeurs aberrantes laisse entendre que les provinces et les territoires ne sont pas en décalage les uns par rapport aux autres dans leurs dépenses.

Dans ces perspectives, bien que limitées, les provinces et les territoires dépensent ce qu'ils faut pour les soins de santé. Les Canadiens ne peuvent guère tirer de réconfort de cette comparaison erronée, car personne ne sait si les pays ou les provinces de comparaison dépensent trop ou trop peu. Ce n'est que le début de l'histoire.

Dépenses dans le secteur des soins de santé

Une fois que la poussière s'est déposée et que les négociations budgétaires sont terminées, il reste encore beaucoup de travail à faire pour décider quels programmes de soins de santé recevront l'argent. Les dépenses consacrées aux hôpitaux ou aux soins à domicile devraient-elles être prioritaires? Il s'avère que personne ne sait comment dépenser l'argent pour obtenir le plus grand bénéfice en termes de santé des patients par rapport au montant des dépenses. Autrement dit, les coûts d'opportunité des dépenses entre secteurs, milieux, fournisseurs ou produits sont inconnus. Comme nous ne sommes pas en mesure de quantifier de façon fiable les avantages dans tous ces secteurs, nous ne savons pas ce que nous sacrifions avec les décisions de dépenses.

Ne pas connaître les coûts d'opportunité des différents programmes de soins de santé signifie que nous n'avons aucune idée si les dépenses supplémentaires pour les chirurgies permettent *d'obtenir* plus de santé que le même montant pour les services à domicile ou le

financement de nouveaux espaces de vie avec service, par exemple. L'incertitude fait en sorte que l'allocation des programmes se fonde sur une combinaison de données incomplètes, de plaidoyers et d'opportunisme politique, à quelques exceptions près. Les résultats sont imprévisibles – l'incertitude quant aux dépenses qui permettent *d'obtenir* plus de santé peut entraîner une réduction inappropriée des projets d'immobilisations, comme ceux des hôpitaux, dans des collectivités en croissance rapide.

Ne pas savoir comment dépenser l'argent de la meilleure façon possible a des répercussions importantes au sein des provinces et des territoires, car les chiffres sont si importants – ils ont une incidence sur les budgets et sur les personnes dont les moyens d'existence dépendent de ces fonds.

La trajectoire des dépenses de santé

Le mieux que nous puissions espérer est de ralentir la trajectoire des dépenses en soins de santé. Ce n'est pas un concept nouveau. « Faire fléchir la courbe » était une idée à la mode il y a 10 ans, puis elle a disparu lors de l'augmentation des dépenses de santé liée à la COVID-19. « Faire fléchir la courbe » signifie ralentir le taux de croissance des dépenses de santé afin qu'elles ne consomment pas trop les recettes du gouvernement (Marchildon et Di Matteo 2014). Étant donné l'in vraisemblance des autres choix, le « fléchissement de la courbe » présente peut-être le meilleur choix possible pour le Canada, grâce à un ralentissement du taux de croissance des dépenses de santé.

Heureusement, il existe de nombreuses bonnes idées pour ralentir la croissance des dépenses. Certaines sont législatives, d'autres technologiques ou politiques. Toutes demandent un changement important par rapport au statu quo actuel. En voici quelques-unes :

- *Le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires imposent un plafond à la croissance des dépenses de santé.* Cette approche a été testée au Royaume-Uni, où des plafonds de croissance pluriannuels permettraient d'assurer la prévisibilité et de créer des incitations pour une gestion budgétaire robuste. Cette approche pourrait être jumelée à un engagement entre les partis politiques de plafonner la croissance des dépenses de santé.
- *Élargir les modèles de soins non hospitaliers.* Étant donné que l'hôpital est l'endroit le plus coûteux pour recevoir des soins – et dans plusieurs cas ce n'est pas l'endroit optimal –, il serait avisé de construire des centres de soins ambulatoires et de soins communautaires ainsi que de mettre de l'avant la prestation de soins virtuels.
- *Concentrer les dépenses sur les déterminants sociaux de la santé.* Puisque l'hospitalisation la moins chère est celle qui n'arrive jamais, il faudrait consacrer davantage de fonds au logement abordable, au soutien du revenu de base, à

- l'éducation accessible, aux changements climatiques et à la santé publique.
- *Travailler au niveau de compétence ou près du niveau de compétence le plus élevé.* Les dépenses en ressources humaines sont estimées à 63 % des dépenses hospitalières (ICIS 2022). Les données probantes montrent qu'il existe un potentiel inexploité en reconsidérant le type de compétences requises pour fournir des types particuliers de soins. Cela permettra de soutenir les fournisseurs de soins hautement qualifiés afin qu'ils se concentrent sur les activités ou les champs d'exercice pour lesquels ils sont formés.
 - *Continuer de mettre l'accent sur la négociation et la gestion des prix des médicaments.* Le taux d'augmentation des dépenses en médicaments dépasse celui des autres programmes. Les gouvernements devraient continuer à mettre l'accent sur l'application et le développement d'outils de gestion des coûts, comme la substitution générique obligatoire, le passage obligatoire aux biosimilaires et la négociation des prix pour les médicaments.

Conclusion concernant les dépenses de santé

Cet éditorial ne permet pas de porter un jugement définitif sur la question de savoir si les dépenses du Canada en matière de santé sont suffisantes ou appropriées.

Il n'existe pas de réponses faciles concernant le niveau des dépenses publiques en matière de santé. En l'absence d'une augmentation des recettes, l'augmentation des dépenses de santé se fait au détriment d'investissements dans d'autres programmes – cela ne peut pas durer trop longtemps. Les provinces et les territoires pourraient transférer davantage de dépenses au secteur privé, mais ces transferts auraient des répercussions négatives sur ceux qui n'ont pas les moyens de payer de leur poche, accroîtraient les inégalités avec le temps et diminueraient éventuellement la santé globale des Canadiens.

La meilleure option consiste à ralentir la trajectoire de croissance des dépenses de santé. Le statu quo ne peut être maintenu plus longtemps, les gouvernements doivent donc agir rapidement.

Dans ce numéro

L'article de la section Discussions et débats du présent numéro met en lumière l'approche disparate du Canada pour le financement des médicaments onéreux destinés aux maladies rares. Étant donné le décalage entre les fonds disponibles et la nécessité de dépenser pour des traitements efficaces, Lexchin et Sirrs (2024) préconisent l'élaboration de principes normalisés pour guider les politiques de couverture et de dépenses, dont les éléments peuvent inclure la définition de la production de données, les accords de partage des risques avec les fabricants ou la dévalorisation des dépenses sur des produits ayant un bénéfice thérapeutique faible ou très limité.

Une réplique aux principes proposés pour la couverture et les politiques de dépenses sur les médicaments coûteux pour les maladies rares est proposée par Gagnon (2024). On y

indique que les dépenses en médicaments coûteux sont importantes, mais la question concernant l'allocation de financement public pour les maladies rares devrait également prendre en compte d'autres aspects de la qualité de vie liée à la santé, comme la fourniture d'équipements médicaux ou les modifications apportées au domicile. La réplique indique également qu'il y a place au Canada pour le développement et la production de médicaments coûteux pour les maladies rares. Il conclut que le financement pour les maladies rares est important et qu'il s'agit d'un domaine qui nécessite de nouvelles politiques.

Dans la section Questions de données, Keefe et al. (2024) présentent des recherches sur la qualité de vie au travail et le bien-être mental du personnel des foyers de soins de longue durée en Nouvelle-Écosse. Les auteurs ont analysé les données d'une enquête menée auprès d'un échantillon représentatif d'assistants de soins continus, d'infirmières autorisées et d'infirmières auxiliaires autorisées travaillant dans 10 foyers de soins de longue durée agréés en Nouvelle-Écosse. Les résultats indiquent que l'amélioration de l'environnement de travail des assistants de soins continus devrait constituer une priorité afin d'accroître la stabilité de la main-d'œuvre des soins de longue durée en Nouvelle-Écosse.

Un deuxième article de la section Questions de données, présenté par Ruangsomboon et al. (2024), met en évidence les changements survenus dans les services de soins primaires en Ontario pendant la pandémie de COVID-19, et ce, au moyen d'une étude transversale répétée des rapports de vérification et de rétroaction pour les pratiques universitaires associées à l'Université de Toronto. D'après un certain nombre d'indicateurs de la qualité des soins, l'étude conclut que les services de soins primaires ont été perturbés pendant la pandémie et certains soins ont été manqués ou retardés.

Ce numéro présente un article de recherche rédigé par Dion et al. (2024) qui évalue les raisons du recours fréquent aux services d'urgence par les personnes atteintes de troubles mentaux courants ou de troubles liés à la consommation de substances psychoactives au Québec. Selon un échantillon de grands utilisateurs, les raisons courantes d'une utilisation élevée des services d'urgence comprennent les obstacles d'accès aux soins ambulatoires et les incapacités concomitantes. La recherche met en évidence les problèmes de confiance des patients envers le système de santé, les besoins non satisfaits en matière de soins de santé et les problèmes de coordination des soins.

Un article de recherche de Lexchin (2024) examine la question des conflits d'intérêts chez les doyens des facultés de médecine au Canada. Au moyen de renseignements publiquement accessibles, l'enquête révèle qu'aucune déclaration de conflit d'intérêts n'était disponible pour plus de 10 doyens, alors que six d'entre eux présentaient une situation de conflits d'intérêts avec l'industrie. La recherche met en évidence les rôles complexes des doyens de faculté de médecine, le manque de transparence concernant la déclaration de conflit d'intérêts et l'implication avec les compagnies pharmaceutiques.

FIONA CLEMENT, PHD
Professeure et directrice
Département des sciences de la santé
École de médecine Cumming
Université de Calgary
Calgary, AB

JASON M. SUTHERLAND, PHD
Rédacteur en chef

Références

- Dion, K.-M., F. Ferland, L. Farand, L. Gauvin et M.-J. Fleury. 2024. Les raisons expliquant le recours fréquent aux services d'urgence par les patients souffrant de troubles mentaux courants ou de troubles liés aux substances psychoactives. *Politiques de Santé* 19(4): 55–70. doi:10.12927/hcpol.2024.27333.
- Gagnon, M.-A. 2024. Commentaire : Quels principes devraient s'appliquer à une stratégie nationale pour les maladies rares? *Politiques de Santé* 19(4): 27–31. doi:10.12927/hcpol.2024.27353.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2022. Quelles sont les dépenses des hôpitaux? Consulté le 17 juillet 2024. <<https://www.cihi.ca/fr/quelles-sont-les-depenses-des-hopitaux>>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2 novembre 2023. Tendances des dépenses nationales de santé. Consulté le 17 juillet 2024. <<https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante>>.
- Keefe, J.M., A. Duynisveld, S. Stevens et C. Estabrooks. 2024. Qualité de la vie au travail et bien-être mental chez le personnel des soins de longue durée en Nouvelle-Écosse. *Politiques de Santé* 19(4): 32–41. doi:10.12927/hcpol.2024.27348.
- Lexchin, J. 2024. Les conflits d'intérêts des doyens des facultés de médecine du Canada : une étude transversale. *Politiques de Santé* 19(4): 70–80. doi:10.12927/hcpol.2024.27349.
- Lexchin, J. et S. Sirrs. 2024. Financement fédéral pour les médicaments onéreux pour les maladies rares : comment choisir? *Politiques de Santé* 19(4): 19–26. doi:10.12927/hcpol.2024.27334.
- Loi canadienne sur la santé (L.R.C., 1985, ch. C-6). Gouvernement du Canada. Consulté le 8 août 2024. <<https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/>>.
- Marchildon, G.P. et L. Di Matteo (eds.). 2014. *Bending the Cost Curve in Health Care: Canada's Provinces in International Perspective*. University of Toronto Press.
- Ministère des Finances Canada. 2024. Budget 2024 : Une chance équitable pour chaque génération. Gouvernement du Canada. Consulté le 17 juillet 2024. <<https://budget.canada.ca/2024/home-accueil-fr.html>>.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2023. Panorama de la santé 2023. Consulté le 8 août 2024. <https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2023_5108d4c7-fr.html>.
- Ruangsomboon, O., A. Zhong, A. Kopp, B. Elston, K. Eldridge, S. Lee et al. 2024. Changements dans les soins de santé primaires pendant la pandémie de COVID-19 : une analyse longitudinale des données de l'Ontario. *Politiques de Santé* 19(4): 42–55. doi:10.12927/hcpol.2024.27362.
- Schneider, E.C., A. Shah, M.M. Doty, R. Tikkanen, K. Fields et 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. Consulté le 8 août 2024. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf>.