

Canada's Hospitals Under Stress: Is More Money the Only Answer?

HOSPITALS ARE IN TOUGH STRAIGHTS CURRENTLY WITH QUEUES IN THEIR EMERGENCY departments and very long wait times for elective surgery. Many hospitals are also bleeding red ink. Prominent teaching hospitals are facing multi-million-dollar operating deficits in Ontario. Hamilton Health Sciences and The Ottawa Hospital each reported operating deficits of more than \$20 million in 2025 (Hamilton Health Sciences Corporation 2025; The Ottawa Hospital 2025).

Governments have reason to pause over hospitals' financial results; hospitals provide invaluable life-saving and restorative services to hundreds of thousands of Canadians.

Hospitals receive most of their revenue from their provincial/territorial ministry of health or regional health authority. Hospitals' revenues are raised from government's taxes on businesses, individuals and sales. Some revenues that make their way to hospitals also come from provincial fees, licences and permits.

Hospitals are fighting for more government funding in public view (Jones 2025a; Payne 2025). They are not without cause; the factors leading to financial shortfalls are legitimate and well known. They include increased demand, nurses' wage rates that are negotiated outside of the hospital's control by the government, aging physical plants, a shortage of skilled staff and elimination of COVID pandemic-related "top-ups." The deficits that Ontario's hospitals are facing are not unique in Canada.

As the broader economy and tax revenues slow, provinces and territories are slowing the growth in spending on hospitals. The Ontario government has signalled that reductions in hospital spending are imperative (Jones 2025b). In Quebec, the expectation is that hospitals cut spending (Derfel 2024). Hospital executives in all provinces are fervently seeking to reduce spending.

Matching hospital funding with population need is a fraught process for governments. Nonhospital sectors are also over-ripe for attracting additional government funding and are competing for the same pot of money. For example, there are long wait times for long-term

care in many provinces, exceeding nine months in British Columbia in 2025 (Office of the Seniors Advocate 2025) and reportedly even longer in some provinces (Senior Care Access 2025).

On the Other Hand

The Ontario Hospital Association's Chief Executive Officer is attributed as saying that Ontario's spending was not sufficient to meet the hospitals' "full revenue needs" (Jones 2025b). Of course, hospitals want more money, but to hear hospitals' deficits framed as "revenue needs" must leave a bad taste in the mouths of governments and ministries of health senior decision makers tasked with difficult choices.

How warily should provinces and territories' ministries of health respond to pleas for additional funds by hospitals? There are several factors they must weigh when deciding.

First, the Ontario government should ask itself whether the majority of its hospitals are being mismanaged or run inefficiently, which causes them to run operating deficits.

I think it is safe to assume that this is not the case since the deficits are so pervasive. However, budget deficits induce hospital behaviours that the government would like to encourage: thriftiness and cost efficiency. These behaviours are absolutely desirable for publicly funded institutions in all sectors of the economy, but starving hospitals of operating funds undercuts delivery system innovation that all Canadians are looking for.

Second, are hospital deficits caused by the shifting of public debt from governments' ledgers to the healthcare systems' public hospitals? If this is the practice, hospitals' deficits can be described as "avoided" government spending, which ensures that provinces' and territories' annual deficits look smaller than they would have otherwise been. I do not think this factor can be ruled out.

Third, to apply a common idiom, hospitals cannot get out of their own way. To the chagrin of Canada's ministries of health, hospitals and their physicians continue to spend public funds on activities that do not generate health. Unnecessary or duplicate imaging (Yan et al. 2025) and select elective surgeries (Canadian Spine Society 2021; Fowler 2025) are examples that highlight the government's dilemma regarding the effectiveness of hospitals' spending.

Many hospitals have unwarranted variations in the supply of preference- and supply-sensitive care. That is, with information available, some regions' hospitals have unexplainable variation in the volume of care they provide (Bahrami et al. 2023), while other hospitals have unexplainably high costs even after taking into account the complexity of the patients they treat (CIHI 2023).

Provinces know very little about what "health" hospitals are producing. Provincial reporting of patient-reported outcomes and experiences with care has not taken off, so hospitals are not able to express to the government the value of their care in terms of improvement of patients' symptoms or functions.

Fourth, health systems of the future may not have hospitals as "the centre of everything"

as they are now. Hospitals are provinces' and territories' largest source of expenditures, but they may not always be. Health system reforms under way in Ontario and Quebec, targeting multidisciplinary and integrated care, may be successful in shifting the nexus of care from the hospital to the community (Government of Ontario 2025).

Governments have to contemplate these four weighty issues regarding hospital funding. I do believe, however, that governments do not want their hospitals to declare bankruptcy or shutter beds and restrict access to services. They want hospitals to act as misers with public funds while delivering innovative, effective and high-quality care.

Provincial governments must believe that these objectives are not contradictory nor impossible for hospital executives to achieve. Yet, hospitals are in the red, so what is there to be done?

What Is Fair?

In the tension between hospitals' objectives and what governments are willing to fund, is there a level of hospital funding that is objectively "fair" or equitable to taxpayers?

Funding hospitals at levels that are "fair" would undoubtedly be complex. The process would have to take into account the socio-economic characteristics of hospitals' patients, the region where care is provided and what the hospitals' patients are being treated for.

I strongly advocate for a transparent process for determining fair or equitable levels of hospital funding.

Australia is one setting where serious efforts are undertaken to determine a fair and transparent price for hospitals' activities. Described as the "national efficient price," there is a process for annually setting the level of funding associated with hospitals' activities (IHACPA 2025). The process strives to improve fairness in hospital funding by adjusting the price for hospital care that is unavoidable to the hospital, such as being in an isolated location or serving communities with very few community resources.

Establishing a process for Canadianized "fair prices" for hospitals' activities would serve two functions: the prices would blunt hospitals' complaints regarding inadequate funding, and create a clear signal from the government for their expectations as to hospitals' financial performance.

A Canadianized process for establishing a "fair price" would need input data from provinces and territories, including hospitals' activity data, costing information and, in the future, patients' outcome data. This breadth of data inputs suggests a federal role in funding, organizing and managing the process. Importantly, though, a "fair price" for hospital activities would be non-binding in provinces, as it is in Australia, where the federal role in healthcare is likewise limited.

This new process for establishing a Canadianized "fair price" for hospitals' activities would not solve hospitals' current financial deficits. In the interim, there is much for

hospitals to do to earn the government's trust. Accountability for unnecessary care, unwarranted variations in supply or cost and uncertainty regarding hospitals' patient outcomes persist. These important issues need addressing by governments and hospitals through other regulatory or policy means.

This *Healthcare Policy* editorial also gives a "tip of the hat" to Ontario hospitals and the province's senior healthcare leadership for supporting financial transparency. Provinces including British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba and Nova Scotia do not make their hospitals' financial statements easily accessible – hospitals' finances in these provinces are masked within their regional organization's financial reporting. Hospitals are important to their communities, employ thousands, provide life-saving care to hundreds of thousands and cost a lot; the public deserves to know their financial health.

In This Issue

This issue features a Discussion and Debate article arguing the need for better information regarding homelessness from hospital administrative datasets (Richard 2025). Based on a cohort of people experiencing homelessness, the article concludes that current indicators of homelessness fall short. The article presents four opportunities to improve data quality regarding homelessness, which may serve as a foundation for improving the health of unhoused populations.

A rejoinder to the Discussion and Debate article regarding the need for better information regarding homelessness extends the concept to advocate that health systems should – at a minimum – apply their clinical, health and administrative information systems to identify people at risk of homelessness (Russolillo 2025). This rejoinder argues that post hoc identification of homelessness is important, but what is really needed is the health system's focus on upstream factors to reduce the incidence of homelessness.

The second Discussion and Debate article summarizes the primary care workforce in Canada and how past workforce-related policies have influenced the delivery of primary care (Lee et al. 2025). The article offers that significant primary care reform is needed in provinces/territories, and provides a list of attributes that future primary care systems should include. The article notes that initiatives focused on increasing the supply of primary physicians will not be sufficient on their own to solve provinces' struggles with primary care.

Focused on system-level attributes of high-performing health systems, Aggarwal reaffirms the need for comprehensive primary care reform in Canada (Aggarwal 2025). In contrast, however, this rejoinder proposes a framework-based approach that includes five key strategies for addressing structural factors affecting access to primary care in provinces.

This issue includes a research article studying incentive structures for improving access to healthy foods (Thandi et al. 2025). Based on a cross-sectional survey, the study measures associations between personal preferences for accessing healthy foods with socio-demographic characteristics. The study concludes that loyalty card-based approaches may be

preferred and higher value incentives are needed for people experiencing food insecurity.

A second research article studies the relationships between pharmacists with clinical service delivery and payment modalities. Using a qualitative study design that included independent pharmacies, the study interviewed community pharmacists in British Columbia (Pang et al. 2025). The study found that pharmacists reported being overburdened and under-represented in decision making that affects their roles/practice. The research concludes that greater collaboration is needed between pharmacists and decision makers to improve perceptions of burnout and dissatisfaction among pharmacists.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Editor-in-Chief

Director, Centre for Health Services and Policy Research

University of British Columbia

Vancouver, BC

Correspondence may be directed to Jason M. Sutherland by e-mail at jason.sutherland@ubc.ca.

References

- Aggarwal, M. 2025. Commentary: Breaking Ixion's Wheel: Escaping Canada's Self-Inflicted Cycle of Primary Care Crisis and Renewal. *Healthcare Policy* 21(1): 44–51. doi:10.12927/hcpol.2025.27742.
- Bahrami, F., S. Maheux-Lacroix, O. Bougie and A. Boutin. 2023. Day Surgery for Endometriosis in Canada: A Retrospective Cohort of Trend and Regional Variation in Types of Surgeries and Their Complications. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 63(6): 760–67. doi:10.1111/ajo.13705.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2023. *Cost of a Standard Hospital Stay*. Retrieved October 27, 2025. <<https://www.cihi.ca/en/indicators/cost-of-a-standard-hospital-stay>>.
- Canadian Spine Society. 2021, September. Eight Tests and Treatments to Question. *Choosing Wisely Canada*. Retrieved October 24, 2025. <<https://choosingwiselycanada.org/recommendation/spine/>>.
- Derfel, A. 2024, November 15. Santé Québec's Health Cuts Are Steeper Than Previously Known: Sources. *The Gazette*. Retrieved October 22, 2025. <<https://montrealgazette.com/news/quebec/sante-quebec-orders-nearly-1-5-billion-in-health-cuts>>.
- Fowler, E. 2025, October 23. Medicare's WISer Model and the Challenge of Low-Value Care. *Health Affairs*. Retrieved October 23, 2025. <<https://www.healthaffairs.org/content/forefront/medicare-s-wiser-model-and-challenge-low-value-care>>.
- Government of Ontario. 2025, October 27. Ontario Investing \$1.1 Billion to Protect and Expand Home Care. *Ontario Newsroom*. Retrieved October 29, 2025. <<https://news.ontario.ca/en/release/1006653/ontario-investing-11-billion-to-protect-and-expand-home-care>>.
- Hamilton Health Sciences Corporation. 2025. *Financial Statements of Hamilton Health Sciences Corporation and Independent Auditor's Report Thereon, Year Ended March 31, 2025*. Retrieved October 20, 2025. <<https://www.hamiltonhealthsciences.ca/wp-content/uploads/2025/08/2025-03-31-Hamilton-Health-Sciences-Corporation-FINAL.pdf>>.
- Independent Health and Aged Care Pricing Authority (IHACPA). 2025, March 19. *National Efficient Price Determination 2025–26*. Retrieved October 24, 2025. <<https://www.ihacpa.gov.au/resources/national-efficient-price-determination-2025-26>>.
- Jones, A. 2025a, October 8. Ontario Hospitals Say They Have \$1B in Funding Needs. *CBC*. Retrieved October 27, 2025. <<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-hospitals-billion-dollar-funding-need-9.6931261>>.

Jones, A. 2025b, October 20. Ontario Hospitals Told to Find Savings; Ministry Doesn't Rule Out Service Cuts. *CBC News*. Retrieved October 23, 2025. <<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-hospitals-told-to-find-savings-ministry-doesn-t-rule-out-service-cuts-9.6945479>>.

Lee, S.K., S. McLeod, B.H. Rowe and S.K. Mahl. 2025. Canada's Primary Healthcare Crisis – How Can We Fix It? *Healthcare Policy* 21(1): 32–43. doi:10.12927/hcpol.2025.27692.

Office of the Seniors Advocate. 2025, July 29. *From Shortfall to Crisis: Growing Demand for Long-Term Care Beds in B.C.* Retrieved October 23, 2025. <<https://www.seniorsadvocatebc.ca/osa-reports/from-shortfall-to-crisis-growing-demand-for-long-term-care-beds-in-b-c/>>.

Pang, A., M.H. Berger, A. Easterbrook, A.C.T. Tam, N. Bansback, M.R. Law et al. 2025. Pharmacists' Perspectives on Delivery of Clinical Services and the Current Payment Model in British Columbia, Canada. *Healthcare Policy* 21(1): 72–87. doi:10.12927/hcpol.2025.27693.

Payne, E. 2025, October 10. Facing Record Debt Levels, Ontario Hospitals Told to Balance Budgets and Find Efficiencies. *Ottawa Citizen*. Retrieved October 29, 2025. <<https://ottawacitizen.com/news/ontario-hospitals-budgets-efficiencies>>.

Richard, L. 2025. Opportunities to Enhance Coding of Homelessness in Canadian Hospital Administrative Data. *Healthcare Policy* 21(1): 19–27. doi:10.12927/hcpol.2025.27621.

Russolillo, A. 2025. Commentary: Enhancing Health Data for Systems Change to Prevent Homelessness in Canada. *Healthcare Policy* 21(1): 28–31. doi:10.12927/hcpol.2025.27743.

Senior Care Access. 2025. *A Guide to Long-Term Care in Canadian Provinces: Costs, Wait Times, and Application Agencies*. Retrieved October 27, 2025. <<https://www.seniorcareaccess.com/article/a-guide-to-long-term-care-in-canadian-provinces-costs-wait-times-and-application-agencies>>.

Thandi, A., D.B. Campbell, D.J.T. Campbell, A. Quach, C. Mo, D.L. Olstad et al. 2025. Healthy Grocery Shopping Incentives in Canada: A Survey of How, How Much, and How Often. *Healthcare Policy* 21(1): 52–71. doi:10.12927/hcpol.2025.27741.

The Ottawa Hospital. 2025, March 31. Non-Consolidated Financial Statements of (in Thousands of Dollars) The Ottawa Hospital, Year Ended March 31, 2025. Retrieved October 29, 2025. <<https://www.ottawahospital.on.ca/en/documents/2025/07/non-consolidated-financial-statements-2025.pdf/>>.

Yan, T.D., S. Jalal and A. Harris. 2025. Value-Based Radiology in Canada: Reducing Low-Value Care and Improving System Efficiency. *Canadian Association of Radiologists Journal* 76(1): 61–67. doi:10.1177/08465371241277110.

Les hôpitaux canadiens sous pression : plus d'argent est-il la seule solution?

LES HÔPITAUX VIVENT ACTUELLEMENT UNE SITUATION DIFFICILE AVEC DES FILES d'attente dans les services d'urgence et des temps d'attente très longs pour les opérations non urgentes. Plusieurs hôpitaux connaissent aussi d'importantes pertes. En Ontario, de grands hôpitaux universitaires font face à des déficits de fonctionnement de plusieurs millions de dollars. Hamilton Health Sciences et l'Hôpital d'Ottawa ont chacun déclaré des déficits de fonctionnement de plus de 20 millions de dollars en 2025 (Hamilton Health Sciences Corporation 2025; Hôpital d'Ottawa 2025).

Les gouvernements ont des raisons de s'interroger face aux résultats financiers des hôpitaux; ceux-ci fournissent en effet des services inestimables en soignant et en sauvant la vie de centaines de milliers de personnes.

Les hôpitaux reçoivent la grande partie de leurs revenus du ministère de la Santé ou de l'autorité régionale de la santé de leur province ou territoire. Leurs revenus proviennent des impôts sur les entreprises, les particuliers et les ventes. Certains revenus proviennent aussi du gouvernement fédéral sous forme de transferts et de droits, licences et permis provinciaux.

Les hôpitaux se battent pour obtenir plus de financement public (Jones 2025a; Payne 2025). Leurs efforts ne sont pas sans fondements; les facteurs menant à des déficits financiers sont en effet réels et bien connus : demandes accrues, notamment les taux de salaire des infirmières qui sont négociés par le gouvernement en dehors du contrôle de l'hôpital, installations vieillissantes, pénurie de personnel qualifié et élimination des suppléments liés à la pandémie de COVID. Les déficits auxquels font face les hôpitaux de l'Ontario ne sont pas uniques au Canada.

Puisque l'économie en général et les recettes fiscales ralentissent, les provinces et les territoires freinent la croissance des dépenses consacrées aux hôpitaux. Le gouvernement de l'Ontario a indiqué que les réductions des dépenses hospitalières étaient impératives (Jones 2025b). Au Québec, on s'attend à ce que les hôpitaux réduisent leurs dépenses (Derfel 2024). Les dirigeants d'hôpitaux de toutes les provinces cherchent avec ferveur à réduire les dépenses.

Faire correspondre le financement des hôpitaux aux besoins de la population est un processus difficile pour les gouvernements. Les secteurs non hospitaliers sont aussi trop mûrs pour attirer le financement gouvernemental et se disputent les mêmes sommes d'argent. Par exemple, il y a de longs temps d'attente pour les soins de longue durée dans de nombreuses provinces, attente qui dépasse neuf mois en Colombie-Britannique en 2025 (Office of the Seniors Advocate 2025) et on dit qu'elle est encore plus longue dans certaines provinces (Senior Care Access 2025).

D'un autre côté

Le président-directeur général de l'Association des hôpitaux de l'Ontario aurait dit que les dépenses de l'Ontario n'étaient pas suffisantes pour répondre à l'ensemble des besoins des hôpitaux en matière de revenus (Jones 2025b). Bien sûr, les hôpitaux veulent plus d'argent, mais entendre parler de déficits comme des « besoins [...] en matière de revenus » doit laisser un arrière-goût dans la bouche des gouvernements et des hauts responsables des ministères de la Santé qui doivent faire des choix difficiles.

Dans quelle mesure les ministères de la Santé des provinces et des territoires doivent-ils réagir aux demandes de fonds supplémentaires exprimées par les hôpitaux? Il y a plusieurs facteurs dont ils devraient prendre compte dans leurs décisions.

Premièrement, le gouvernement de l'Ontario devrait se demander si la majorité de ses hôpitaux sont mal gérés ou fonctionnent de manière inefficace, ce qui entraîne des déficits d'exploitation.

Je suppose que ce n'est pas le cas puisque les déficits sont si répandus. Cependant, les déficits budgétaires induisent des comportements hospitaliers que le gouvernement voudrait encourager : économie et rentabilité. Ces comportements sont tout à fait souhaitables pour les institutions financées par l'État dans tous les secteurs de l'économie, mais priver les hôpitaux des fonds d'exploitation peut nuire à l'innovation que recherchent tous les Canadiens en matière de prestation de services.

Deuxièmement, les déficits hospitaliers sont-ils causés par le transfert de la dette publique des grands livres des gouvernements vers les hôpitaux publics des systèmes de santé? Si c'est le cas, les déficits des hôpitaux pourraient être décrits comme des « dépenses publiques évitées », ce qui garantirait que les déficits annuels des provinces et des territoires soient moins sévères qu'ils ne l'auraient été autrement. Je ne pense pas que ce facteur puisse être exclu.

Troisièmement, pour utiliser une expression courante, les hôpitaux ne peuvent pas sortir de leur zone de confort. Au grand dam des ministères de la santé au Canada, les hôpitaux et les médecins continuent de dépenser des fonds publics pour des activités qui ne servent pas la santé. L'imagerie inutile ou en double (Yan et al. 2025) et certaines chirurgies non urgentes (Fowler 2025; Société canadienne du rachis 2021) sont des exemples qui mettent en évidence les problèmes du gouvernement en ce qui concerne l'efficacité des dépenses hospitalières.

Plusieurs hôpitaux connaissent des variations injustifiées en matière de soins tenant

compte des préférences des patients et de soins induits par l'offre. C'est-à-dire, selon les informations disponibles, que les hôpitaux de certaines régions présentent une variation inexplicable du volume des soins qu'ils fournissent (Bahrami et al. 2023), tandis que d'autres hôpitaux montrent des coûts anormalement élevés même après avoir pris en compte la complexité des patients qu'ils traitent (ICIS 2023).

Les provinces en savent très peu sur ce que produisent les hôpitaux « de santé ». Les rapports provinciaux sur les résultats déclarés par les patients et leurs expériences en matière de soins n'ont pas encore pris leur envol, de sorte que les hôpitaux ne sont pas en mesure de démontrer au gouvernement la valeur des soins qu'ils fournissent en termes d'amélioration des symptômes ou des fonctions des patients.

Quatrièmement, les systèmes de santé de l'avenir ne seront peut-être pas aussi centrés sur les hôpitaux qu'ils le sont aujourd'hui. Les hôpitaux constituent la plus grande source de dépenses des provinces et des territoires, mais cela pourrait changer. Les réformes du système de santé en cours en Ontario et au Québec, ciblant des soins multidisciplinaires et intégrés, pourraient réussir à déplacer les soins de l'hôpital vers la communauté (Gouvernement de l'Ontario 2025).

Les gouvernements doivent envisager ces quatre questions importantes concernant le financement des hôpitaux. J'estime, cependant, qu'ils ne souhaitent pas que les hôpitaux déclarent faillite ou ferment des lits et restreignent l'accès aux services. Ils voudraient plutôt que les hôpitaux lésinent sur les fonds publics tout en offrant des soins innovants, efficaces et de haute qualité.

Les gouvernements provinciaux doivent croire que ces objectifs ne sont pas contradictoires ni impossibles à atteindre pour les dirigeants des hôpitaux. Pourtant, les hôpitaux sont dans le rouge, alors que faut-il faire?

Qu'est-ce qui est juste?

Dans la tension entre les objectifs des hôpitaux et ce que les gouvernements sont prêts à financer, y a-t-il un niveau de financement qui serait objectivement « juste » ou équitable pour les contribuables?

Le financement des hôpitaux à des niveaux qui soient « équitables » serait sans aucun doute complexe. Le processus devrait tenir compte des caractéristiques socioéconomiques des patients, de la région où les soins sont fournis et des raisons pour lesquelles les patients sont traités.

Je préconise fortement un processus transparent pour déterminer les niveaux justes ou équitables de financement des hôpitaux.

En Australie, de sérieux efforts sont déployés pour déterminer un prix équitable et transparent pour les activités des hôpitaux. Dans ce qu'on décrit comme le « prix efficient national », il y a un processus pour fixer annuellement le niveau de financement associé aux activités des hôpitaux (IHACPA 2025). Le processus vise à améliorer l'équité du

financement en ajustant le prix de certains soins hospitaliers qui sont inévitables pour un hôpital donné, comme se trouver dans un endroit isolé ou desservir des collectivités ayant très peu de ressources communautaires.

L'établissement au Canada d'un processus de « prix équitable » pour les activités des hôpitaux aurait deux fonctions : les prix réduiraient les doléances des hôpitaux concernant le financement inadéquat et ils créeraient un signal clair du gouvernement quant aux attentes en matière de rendement financier.

Pour mettre en place un processus canadien d'établissement de « prix équitable », il faudrait obtenir des données d'entrée des provinces et des territoires (notamment des données sur les activités des hôpitaux), de l'information sur les coûts et, éventuellement, des données sur les résultats chez les patients. Cet éventail de données laisse entendre que le fédéral jouerait un rôle dans le financement, l'organisation et la gestion du processus. Il est important de noter cependant qu'un « prix équitable » pour les activités des hôpitaux ne serait pas contraignant dans les provinces, comme c'est le cas en Australie, où le rôle du fédéral dans les soins de santé est également limité.

Ce processus d'établissement de « prix équitable » pour les activités des hôpitaux au Canada ne résoudrait pas la question des déficits financiers actuels. De plus, les hôpitaux ont beaucoup à faire pour gagner la confiance du gouvernement. Les gouvernements et les hôpitaux doivent trouver d'autres moyens réglementaires ou politiques d'aborder les questions persistantes de la responsabilité pour les soins inutiles, des variations injustifiées de l'offre ou du coût et de l'incertitude concernant les résultats chez les patients.

Le présent éditorial donne également un « coup de chapeau » aux hôpitaux de l'Ontario et à la haute direction des soins de santé de la province pour leur soutien envers la transparence financière. Plusieurs provinces, notamment la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse, ne rendent pas leurs états financiers d'hôpitaux facilement accessibles – les finances des hôpitaux dans ces provinces sont masquées dans les rapports financiers des organisations régionales. Pourtant, les hôpitaux sont importants pour les communautés, emploient des milliers de personnes, fournissent des soins vitaux à des centaines de milliers d'individus et coûtent très cher; le public est en droit de connaître leur santé financière.

Dans le présent numéro

La section Discussions et débats de ce numéro présente un article qui soutient la nécessité d'obtenir de meilleurs renseignements sur l'itinérance à partir des ensembles de données administratives des hôpitaux (Richard 2025). Basé sur une cohorte de personnes en situation d'itinérance, l'article conclut que les indicateurs actuels de l'itinérance sont insuffisants. L'article présente quatre possibilités d'améliorer la qualité de ce type de données, lesquelles peuvent servir de base pour favoriser la santé des populations en situation d'itinérance.

Une réplique à cet article étend le concept et préconise que les systèmes de santé devraient – au minimum – employer leurs systèmes d'information cliniques, sanitaires

et administratifs pour repérer les personnes à risque de se retrouver dans une situation d'itinérance (Russolillo 2025). On y soutient que le repérage *a posteriori* des personnes itinérantes est important, mais ce qui est vraiment nécessaire, c'est que le système de santé se concentre sur les facteurs en amont pour en réduire l'incidence.

Le deuxième article de la section Discussions et débats fait le point sur la main-d'œuvre en soins primaires au Canada et sur la façon dont les politiques passées ont influencé la prestation des soins primaires (Lee et al. 2025). L'article propose qu'une réforme importante des soins primaires est nécessaire dans les provinces et territoires, et fournit une liste de caractéristiques que les futurs systèmes de soins primaires devraient adopter. L'article note que les initiatives axées sur l'augmentation de l'offre de médecins généralistes ne seront pas suffisantes à elles seules pour résoudre les problèmes en matière de soins primaires.

Axé sur les attributs systémiques des systèmes de santé hautement performants, Aggarwal réaffirme la nécessité d'une réforme complète des soins primaires au Canada (Aggarwal 2025). En revanche, cette réplique propose une approche fondée sur un cadre qui comprend cinq stratégies clés pour aborder les facteurs structurels qui affectent l'accès aux soins primaires dans les provinces.

Ce numéro comprend un article de recherche qui se penche sur les structures d'incitation pour améliorer l'accès à une saine alimentation (Thandi et al. 2025). Fondée sur une enquête transversale, l'étude se penche sur les liens entre les préférences personnelles d'accès à une saine alimentation et les caractéristiques sociodémographiques. L'étude conclut que la stratégie des cartes de fidélité pourrait être préférée et que des incitations plus élevées sont nécessaires pour les personnes en situation d'insécurité alimentaire.

Le deuxième article de recherche étudie la relation qu'entretiennent les pharmaciens avec la prestation de services cliniques et les modalités de paiement. Au moyen d'une étude qualitative, qui incluait des pharmacies indépendantes, les auteurs ont interrogé des pharmaciens communautaires en Colombie-Britannique (Pang et al. 2025). L'étude révèle que les pharmaciens déclarent être surchargés et sous-représentés dans la prise de décisions qui affectent leurs rôles et leur pratique. La recherche conclut qu'une plus grande collaboration est nécessaire entre les pharmaciens et les décideurs pour améliorer le sentiment d'épuisement professionnel et d'insatisfaction chez les pharmaciens.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Rédacteur en chef

UBC Professor in Health Services and Policy

Centre for Health Services and Policy Research

Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C-B

La correspondance peut être adressée à Jason M. Sutherland par courriel à jason.sutherland@ubc.ca.

Références

- Aggarwal, M. 2025. Commentaire : Briser la roue d'Ixion : échapper au cycle auto-infligé de crises et de renouvellements des soins primaires au Canada. *Politiques de Santé* 21(1): 44–51. doi:10.12927/hcpol.2025.27742.
- Bahrami, F., S. Maheux-Lacroix, O. Bougie et A. Boutin. 2023. Day Surgery for Endometriosis in Canada: A Retrospective Cohort of Trend and Regional Variation in Types of Surgeries and Their Complications. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 63(6): 760–67. doi:10.1111/ajo.13705.
- Derfel, A. 15 novembre 2024. Santé Québec's Health Cuts Are Steeper Than Previously Known: Sources. *The Gazette*. Consulté le 22 octobre 2025. <<https://montrealgazette.com/news/quebec/sante-quebec-orders-nearly-1-5-billion-in-health-cuts>>.
- Fowler, E. 23 octobre 2025. Medicare's WISer Model and the Challenge of Low-Value Care. *Health Affairs*. Consulté le 23 octobre 2025. <<https://www.healthaffairs.org/content/forefront/medicare-s-wiser-model-and-challenge-low-value-care>>.
- Gouvernement de l'Ontario. 27 octobre 2025. L'Ontario investit 1,1 milliard de dollars pour protéger et élargir les soins à domicile. *Salle de presse de l'Ontario*. Consulté le 29 octobre 2025. <<https://news.ontario.ca/fr/release/1006653/ontario-investit-11-milliard-de-dollars-pour-proteger-et-elargir-les-soins-a-domicile>>.
- Hamilton Health Sciences Corporation. 2025. *Financial Statements of Hamilton Health Sciences Corporation and Independent Auditor's Report Thereon, Year Ended March 31, 2025*. Consulté le 20 octobre 2025. <<https://www.hamiltonhealthsciences.ca/wp-content/uploads/2025/08/2025-03-31-Hamilton-Health-Sciences-Corporation-FINAL.pdf>>.
- Hôpital d'Ottawa. 31 mars 2025. Non-Consolidated Financial Statements of (in Thousands of Dollars) The Ottawa Hospital, Year Ended March 31, 2025. Consulté le 29 octobre 2025. <<https://www.ottawahospital.on.ca/en/documents/2025/07/non-consolidated-financial-statements-2025.pdf>>.
- Independent Health and Aged Care Pricing Authority (IHACPA). 19 mars 2025. *National Efficient Price Determination 2025–26*. Consulté le 24 octobre 2025. <<https://www.ihacpa.gov.au/resources/national-efficient-price-determination-2025-26>>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2023. *Coût d'un séjour standard à l'hôpital*. Consulté le 27 octobre 2025. <<https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/cout-dun-sejour-standard-a-lhopital>>.
- Jones, A. 8 octobre 2025a. Ontario Hospitals Say They Have \$1B in Funding Needs. *CBC*. Consulté le 27 octobre 2025. <<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-hospitals-billion-dollar-funding-need-9.6931261>>.
- Jones, A. 20 octobre 2025b. Ontario Hospitals Told to Find Savings; Ministry Doesn't Rule Out Service Cuts. *CBC News*. Consulté le 23 octobre 2025. <<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-hospitals-told-to-find-savings-ministry-doesn-t-rule-out-service-cuts-9.6945479>>.
- Lee, S.K., S. McLeod, B.H. Rowe et S.K. Mahl. 2025. Crise des soins primaires au Canada – comment la régler? *Politiques de Santé* 21(1): 32–43. doi:10.12927/hcpol.2025.27692.
- Office of the Seniors Advocate. 29 juillet 2025. *From Shortfall to Crisis: Growing Demand for Long-Term Care Beds in B.C.* Consulté le 23 octobre 2025. <<https://www.seniorsadvocatebc.ca/osa-reports/from-shortfall-to-crisis-growing-demand-for-long-term-care-beds-in-b-c/>>.
- Pang, A., M.H. Berger, A. Easterbrook, A.C.T. Tam, N. Bansback, M.R. Law et al. 2025. Point de vue des pharmaciens sur la prestation des services cliniques et le modèle de paiement actuel en Colombie-Britannique, au Canada. *Politiques de Santé* 21(1): 72–87. doi:10.12927/hcpol.2025.27693.
- Payne, E. 10 octobre 2025. Facing Record Debt Levels, Ontario Hospitals Told to Balance Budgets and Find Efficiencies. *Ottawa Citizen*. Consulté le 29 octobre 2025. <<https://ottawacitizen.com/news/ontario-hospitals-budgets-efficiencies>>.
- Richard, L. 2025. Possibilités d'améliorer la codification pour l'itinérance dans les données administratives des hôpitaux canadiens. *Politiques de Santé* 21(1): 19–27. doi:10.12927/hcpol.2025.27621.

Russolillo, A. 2025. Commentaire : Améliorer les données sur la santé pour un changement systémique afin de prévenir l'itinérance au Canada. *Politiques de Santé* 21(1): 28–31. doi:10.12927/hcpol.2025.27743.

Senior Care Access. 2025. *A Guide to Long-Term Care in Canadian Provinces: Costs, Wait Times, and Application Agencies*. Consulté le 27 octobre 2025. <<https://www.seniorcareaccess.com/article/a-guide-to-long-term-care-in-canadian-provinces-costs-wait-times-and-application-agencies>>.

Société canadienne du rachis. Septembre 2021. Les huit examens et traitements sur lesquels on devrait s'interroger. *Choisir avec soin*. Consulté le 24 octobre 2025. <<https://choisiravecsoin.org/recommandation/rachis/>>.

Thandi, A., D.B. Campbell, D.J.T. Campbell, A. Quach, C. Mo, D.L. Olstad et al. 2025. Mesures incitatives pour une saine alimentation au Canada : enquête sur le comment, le combien et la fréquence. *Politiques de Santé* 21(1): 52–71. doi:10.12927/hcpol.2025.27741.

Yan, T.D., S. Jalal et A. Harris. 2025. Value-Based Radiology in Canada: Reducing Low-Value Care and Improving System Efficiency. *Canadian Association of Radiologists Journal* 76(1): 61–67. doi:10.1177/08465371241277110.

Erratum

The journal, *Healthcare Policy*, publishes corrections when an error is made by the author, editor or staff that affects the interpretation of data or information presented but is not significant enough to impact the conclusions. Errata appear as a note on the corrected article and as a separate piece in *Healthcare Policy* 21.1.

In the article Jajszczok, M., C.A. Eastwood, M. Lu, C. Cunningham and H. Quan. 2025. *Impacts of Home Care Investments in Alberta: Ecological and Economic Trend Analysis*. *Healthcare Policy* 20(3): 58–77. doi:10.12927/hcpol.2025.27616, there was an error on page 59 in the sentence that originally read “In 2022, hospital care cost Canadians about \$81 billion nationally, with the standard cost per hospital day in Canada at \$7,803 (CIHI 2023a). Furthermore, the standard cost per hospital day per province and territory varies drastically based on local policy decisions, with Alberta having the highest cost among the provinces at \$9,341 (CIHI 2023a).” The word “day” has been corrected to the word “stay” in both places.