

Does Productivity in Healthcare Matter? An Unfortunate Post-Pandemic Legacy

IN SPEECHES THIS YEAR, A BANK OF CANADA OFFICIAL ANNOUNCED THAT OUR country experienced no growth in productivity over the past two years (Rogers 2024a, 2024b). To improve this predicament, the bank says businesses should focus on adding value and being more efficient. These recommendations should be heeded by healthcare – the industry exceeds 12% of Canada’s gross domestic product and is growing (CIHI 2024b).

There is good reason to focus on hospitals’ productivity for the simple reason that hospitals are the government’s single greatest source of spending. Improving productivity would take the form of reducing costs for generating the same amount of health, improving health outcomes for the same amount of money, or improving health outcomes at less cost than what is current.

Hospital spending is closing in on \$100 billion per year according to the Canadian Institute for Health Information’s (CIHI) 2024 forecast (CIHI 2024a). This is a lot of money no matter how one looks at it. Provinces and territories have much work to do to slow spending and improve productivity, especially since hospital spending is growing at a rate of 6.1% in 2024 (CIHI 2024b).

There have been policy responses by provincial and territorial governments over the years to slow hospital spending growth and improve productivity. During the 2000s, provincial governments exerted great pressure on hospital executives to slow spending growth, using global budgets to restrain growth and ration services and technologies. Hospital executives carried out their mission by implementing policies to be more cost efficient, including reorganizing care processes to make greater use of less-expensive nurse practitioners, physician assistants and registered practical nurses (OHA 2024) or implementing shared procurement strategies (Provincial Health Services Authority n.d.).

Improving productivity and efficiency is not a one-time event. Taxpayers should expect that hospital productivity will increase over time through the adoption of new technologies, redesigned processes of care, more efficient workflows, elimination of ineffective care or duplicate testing and minimizing the burden of unnecessary documentation.

If hospitals are not improving productivity, taxpayers will be left to pay more for the same thing.

Cost Efficiency

Cost efficiency is an important aspect of productivity. Being cost efficient means that hospital executives have been judicious about spending their monies on healthcare services, technologies and products used to provide healthcare services. Cost-efficient hospitals are good for taxpayers.

This is not a theoretical concept. In Canada's healthcare landscape, cost efficiency is a number that is calculated and comparable between hospitals, regions or provinces. The "number" is generated as the ratio of hospitals' spending relative to the volume of care they provide. The volume of care hospitals provide reflects the different types of patients that hospitals treat, referred to as case mix (University of Manitoba 2023).

Cost efficiency is a popular and important measure since it is calculated from hospital's data collected for other purposes. Provincial and territorial cost efficiency numbers are comparable and are published periodically by the CIHI (2024c). The most recently published findings revealed that Ontario's hospitals were the most cost efficient. Quebec, Alberta and British Columbia meaningfully spent more per standardized patient (CIHI 2024d). This means that Quebec, Alberta and British Columbia spent billions more on hospital care than Ontario for the same type of care.

It should not be lost on the reader that Ontario was the only province to have enshrined the desirability of cost-efficient hospitals within their funding policies. The province used a series of hospital funding policies to create incentives for hospitals to be cost efficient. The innovative Health-Based Allocation Model (Howlett 2012; OHA n.d.) was the first initiative, and through the enabling legislation of the *Excellent Care for All Act*, 2010, a second initiative followed, known as Quality-Based Procedures (Ontario Ministry of Health 2023) and bundled care (Province of Ontario 2015). While Ontario's hospitals experienced enviably lower hospital costs compared with other provinces, the measure of cost efficiency is not perfect; cost efficiency does not measure the effectiveness of the hospital's treatments nor the amount of health their hospitals generate, and more research is needed to determine whether some portion of Ontario's cost efficiency can be attributed to economies of scale.

The COVID-19 pandemic ushered in a different era of government spending on hospitals to reflect different priorities. Billions of additional dollars were poured into provinces' and territories' hospitals (CIHI 2024b). Rightly or wrongly, cost efficiency took a back seat.

Time for Focusing on Productivity and Cost Efficiency

The pandemic's effect of increasing governments' spending on hospitals is in the rear-view mirror for the most part. The legacy is that the price of hospital care went up, without a commensurate increase in the volume of care provided, including in Ontario (CIHI 2024a, 2024b).

It is becoming urgent for the federal, provincial and territorial governments to pursue policies to improve cost efficiency of hospitals. For the next 10 years, demand for hospital-based care will not abate and the provinces' hospitals are at risk of being overrun by more seniors living longer with more medical complexity, population growth due to high immigration and lack of access to primary care.

Given the astronomic sums involved, the growth rate and low productivity, the public should demand all levels of government enact policies that cause hospitals to act differently and seek cost efficiencies.

For the federal, provincial and territorial governments, there are different paths forward. The federal government funds a portion of provinces' and territories' healthcare systems through transfer payments and has a vested, though indirect, interest in hospitals being cost efficient. To date, Health Canada has not articulated targets for hospitals' cost efficiency or spending growth rates even though it has the data to do so. Health Canada taking the initiative could provide provinces cover for implementing policies focused on hospitals' cost efficiency.

Provinces and territories have the most to gain by improving cost efficiency and slowing spending growth. They also are the most at risk due to not meeting the expected growth in demand for hospital-based care. There is a need for provincial and territorial policies that incentivize their hospitals' executives to take action and pick winners or losers that result in cost-efficient care and root out ineffective care.

Local communities also have a strong interest in their hospitals' cost efficiency. Hospitals that are financially efficient are more likely to attract new public investments and less likely to experience tumult in the managerial ranks.

Beginning Now

Hospitals are a critical element of communities across the country. They are the first stop in emergencies and protect families from financial ruin due to health reasons. Canadians need their public hospitals to be vibrant and sustainable. Improving cost efficiency needs to begin now to help them face the coming wave of demand. New policies that drive cost efficiency should come back into vogue.

This Issue

This issue of *Healthcare Policy* leads with a Discussion and Debate article written by Evans et al. (2024) who call for action by provinces to improve the physical health of Canadians with serious mental illnesses. Applying for policies of "reverse integration," the article focuses on principles of prioritizing health equity, leveraging current delivery system strengths and embedding people with lived experience into building processes to improve the physical health of Canadians with serious mental illnesses (Evans et al. 2024: 19).

A rejoinder to the article was written by Kates (2024) of McMaster University. The rejoinder provides a number of insightful options for extending the policy recommendations

by Evans and colleagues (Evans et al. 2024). Kates' (2024) rejoinder offers a number of policy options for reducing health inequities among people with serious mental illness, including reducing barriers to care, increasing prevention and early detection efforts, guaranteeing minimum incomes and providing annual physical exams.

A second Discussion and Debate written by Miller and MacEachen (2024) focuses on the implications of Ontario's *Fixing Long Term Care Act*, 2021. The article discussed the consequences of increased compliance with the Act in resource-constrained environments and concludes that accountability should focus on the entire long-term care system and not individual homes. The article offers a number of policy options, including staffing ratios, resource need assessments and strategies for safeguarding care in for-profit long-term care homes.

A rejoinder by Braedley (2024) focuses on the relationships between accountabilities and profit in the long-term care sector. The rejoinder notes that given the myriad of different ownership structures, it is difficult or impossible to determine how much public funding in long-term care represents profit along with challenges in identifying who is responsible for quality or where the power lies. The rejoinder offers a number of strategies for improving accountability among for-profit long-term care homes, such as government retaining land or ownership of long-term care homes, requiring transparency regarding ownership and paying taxes in jurisdictions where owners operate long-term care homes.

This issue's third Discussion and Debate article describes the limits of Alberta's borderless emergency medical services (EMS) policies (Newton et al. 2024). The article describes borderless EMS policies that led to rural communities having poorer EMS coverage and increased burnout among EMS staff due to prolonged diversions. The article offers a number of policy options for addressing the current policies' limitations, including minimum coverage levels for specific rural regions, reducing emergency department congestion and reducing low-acuity EMS calls.

A rejoinder by Feldman and Pierce (2024) reiterates that EMS is experiencing significant strains across the country as Canadians struggle to access their province's healthcare systems. The authors offer a number of options for policy makers to reduce the strain on EMS, including online consultations with emergency medicine specialists, expanding the scope of community paramedicine education and improving access to community-based healthcare providers.

The Data Matters section features an article examining whether smaller care teams might be effective in delivering early psychosis intervention services in rural communities (Selick et al. 2024). The article evaluated data from 24 of Ontario's early psychosis intervention programs and found that while smaller care teams were viable, large as well as small teams were unable to deliver key aspects of psychosis intervention services.

This issue includes a research article assessing the practices of active offer of French-language services in acute care settings in a region of Ontario with a low density of

francophones. Using a qualitative design of interviewing managers and site coordinators, the study found that the active offer of French-language services' success was linked to support from upper management and site coordinators (Sauvé-Schenk et al. 2024). The research paper concludes with a list of recommendations for maximizing the success of French-language service implementations.

JASON M. SUTHERLAND, PHD
Editor-in-Chief

References

- Braedley, S. 2024. Commentary: Critical to Care – The Problem of Profit in Ontario's Long-Term Care Home Sector. *Healthcare Policy* 20(1): 41–46. doi:10.12927/hcpol.2024.27483.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2024a, November. *Health Expenditure Data in Brief*. Retrieved December 20, 2024. <<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/health-expenditure-data-in-brief-2024-en.pdf>>.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2024b. National Health Expenditure Trends, 2024 – Snapshot. Retrieved December 4, 2024. <<https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends-2024-snapshot>>.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2024c, October. Cost of a Standard Hospital Stay: Methodology Notes. Retrieved December 4, 2024. <<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/cost-standard-hospital-stay-methodology-notes-en.pdf>>.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2024d. Cost of a Standard Hospital Stay. Retrieved December 4, 2024. <<https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief?lang=en#/indicators/015/cost-of-a-standard-hospital-stay;/mapC1;mapLevel2;/>>>.
- Evans, C., C. Canning, M. Ambreen, B. Lo, M.R. Van Kesteren, C.M.E. Walker et al. 2024. A Canadian Call for Addressing Physical Health in Specialized Mental Health Settings. *Healthcare Policy* 20(1): 19–28. doi:10.12927/hcpol.2024.27475.
- Excellent Care for All Act*, 2010, S.O. 2010, c. 14. 2010. Government of Ontario. Retrieved December 4, 2024. <<https://www.ontario.ca/laws/statute/10e14>>.
- Feldman, M. and D.L. Pierce. 2024. Commentary: The Canadian Healthcare Crisis and the Emerging Role of Paramedicine. *Healthcare Policy* 20(1): 55–58. doi:10.12927/hcpol.2024.27484.
- Fixing Long-Term Care Act*, 2021, S.O. 2021, c. 39, Sched. 1. 2021. Government of Ontario. Retrieved December 20, 2024. <<https://www.ontario.ca/laws/statute/21f39>>.
- Howlett, K. 2012, March 18. Ontario Hospital-Funding Changes to Favor Growing Communities. *The Globe and Mail*. Retrieved December 5, 2024. <<https://www.theglobeandmail.com/news/politics/ontario-hospital-funding-changes-to-favour-growing-communities/article534676/>>.
- Kates, N. 2024. Commentary: Reducing the Mortality Gap for the Mentally Ill – Rethinking How and Where We Provide Care. *Healthcare Policy* 20(1): 29–33. doi:10.12927/hcpol.2024.27482.
- Miller, M. and E. MacEachen. 2024. Whose Accountability Matters in Long-Term Care? *Healthcare Policy* 20(1): 34–40. doi:10.12927/hcpol.2024.27420.
- Newton, J., T. Carpenter and J. Zwicker. 2024. How Good Reforms Fail: The Warning Example of Alberta's Borderless EMS System. *Healthcare Policy* 20(1): 47–54. doi:10.12927/hcpol.2024.27476.
- Ontario Hospital Association (OHA). n.d. *Health-Based Allocation Model: What You Need to Know*. Retrieved December 4, 2024. <<https://www.oha.com/Documents/HBAM-What%20You%20Need%20To%20Know.pdf>>.

Ontario Hospital Association (OHA). 2024, August. *Ontario Hospitals – Leaders in Efficiency (Second Edition)*. Retrieved December 5, 2024. <https://www.oha.com/Bulletins/OHA-Hospital%20Efficiency%20Paper_August2024_FINAL.pdf>.

Ontario Ministry of Health. 2023, December 14. Quality-Based Procedures. Retrieved December 4, 2024. <<https://www.ontario.ca/page/quality-based-procedures>>.

Province of Ontario. 2015, September 2. Ontario Funds Bundled Care Teams to Improve Patient Experience: Province Expands Coordinated Team Approach to Provide Seamless Service to Patients [News release]. Retrieved December 5, 2024. <<https://news.ontario.ca/en/release/34097/ontario-funds-bundled-care-teams-to-improve-patient-experience>>.

Provincial Health Services Authority. n.d. Supply Chain & Procurement. Retrieved December 5, 2024. <<http://www.phsa.ca/our-services/support-services/supply-chain>>.

Rogers, C. 2024a, March 26. The Productivity Problem [Speech summary]. Bank of Canada. Retrieved December 10, 2024. <<https://www.bankofcanada.ca/2024/03/productivity-problem/>>.

Rogers, C. 2024b, March 26. Time to Break the Glass: Fixing Canada's Productivity Problem [Remarks]. Bank of Canada. Retrieved December 11, 2024. <<https://www.bankofcanada.ca/2024/03/time-to-break-the-glass-fixing-canadas-productivity-problem/>>.

Sauvé-Schenk, K., J. Savard and F. Durand. 2024. Implementing Active Offer of Services in Both Official Languages in a Hospital Setting in Ontario. *Healthcare Policy* 20(1): 69–81. doi:10.12927/hcpol.2024.27485.

Selick, A., G. Langill, S. Brooks and J. Durbin. 2024. Are Small Teams a Viable Strategy to Deliver Early Psychosis Intervention Services in Rural Areas? An Ontario Fidelity Study. *Healthcare Policy* 20(1): 59–68. doi:10.12927/hcpol.2024.27421.

University of Manitoba. 2023, October 23. Concept: Calculating Hospital Costs Using Cost Per Weighted Case (CPWC) / Cost of a Standard Hospital Stay (CSHS) Values. Retrieved December 4, 2024. <<http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/viewConcept.php?conceptID=1100>>.



La productivité dans les soins de santé est-elle importante? Un malheureux héritage post-pandémique

DANS DES DISCOURS CETTE ANNÉE, UN REPRÉSENTANT DE LA BANQUE DU CANADA a annoncé que notre pays n'avait connu aucune croissance de la productivité au cours des deux dernières années (Rogers 2024a, 2024b). Pour améliorer cette situation, la Banque estime que les entreprises devraient se concentrer sur l'ajout de valeur et sur une plus grande efficacité. Ces recommandations devraient être suivies par les soins de santé – l'industrie représente plus de 12 % du produit intérieur brut du Canada et elle est en croissance (ICIS 2024b).

Il y a de bonnes raisons de se concentrer sur la productivité des hôpitaux, pour la simple raison qu'ils représentent la principale source de dépenses du gouvernement. L'amélioration de la productivité consisterait à réduire les coûts pour produire le même volume de soins, améliorer les résultats en matière de santé pour le même montant d'argent ou améliorer ces résultats à un coût inférieur à celui des services actuels.

Les dépenses hospitalières s'approchent des 100 milliards de dollars par année, selon les prévisions de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour 2024 (ICIS 2024a). C'est beaucoup d'argent, peu importe comment on le regarde. Les provinces et les territoires ont beaucoup de travail à faire pour ralentir les dépenses et améliorer la productivité, d'autant plus que l'ICIS estime que les dépenses hospitalières ont augmenté à un taux de 6,1 % en 2024 (ICIS 2024b).

Au fil des ans, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont réagi afin de ralentir la croissance des dépenses hospitalières et d'améliorer la productivité. Pendant les années 2000, les gouvernements provinciaux ont exercé de fortes pressions sur les administrateurs d'hôpitaux pour qu'ils ralentissent la croissance des dépenses, en utilisant les budgets globaux pour limiter la croissance et pour rationner les services et les technologies. Les administrateurs d'hôpitaux ont également accompli cette mission en mettant en œuvre des politiques visant une meilleure rentabilité, notamment par une réorganisation des processus de soins afin d'utiliser davantage les infirmières praticiennes, les adjoints aux médecins et les

infirmières auxiliaires autorisées, qui sont tous trois moins coûteux (OHA 2024), ou encore par la mise en œuvre de stratégies d'approvisionnement partagées (Provincial Health Services Authority s.d.).

Améliorer la productivité et l'efficacité n'est pas un accomplissement ponctuel. Les contribuables devraient s'attendre à ce que la productivité des hôpitaux augmente avec le temps grâce à l'adoption de nouvelles technologies, à la refonte des processus de soins, à des flux de travail plus efficaces, à l'élimination des soins inefficaces ou de la répétition des tests et à la réduction du fardeau de la documentation.

Si les hôpitaux n'améliorent pas leur productivité, les contribuables devront payer plus pour obtenir les mêmes choses.

La rentabilité

La rentabilité est un aspect important de la productivité. Être rentable veut dire que les administrateurs d'hôpitaux font preuve de discernement quand ils dépensent l'argent pour les services, les technologies et les produits de santé. Les hôpitaux rentables sont salutaires pour les contribuables.

Il ne s'agit pas là d'un concept théorique. Dans le contexte des soins de santé au Canada, la rentabilité est un chiffre calculé et comparable entre les hôpitaux, les régions ou les provinces. Le « nombre » est généré par le ratio des dépenses des hôpitaux par rapport au volume de soins qu'ils fournissent. Le volume des soins fournis par les hôpitaux reflète les différents types de patients que les hôpitaux traitent, ce qu'on appelle les groupes de maladies analogues (Université du Manitoba 2023).

La rentabilité est une mesure populaire et importante, car elle peut être calculée à partir des données de l'hôpital recueillies à d'autres fins. Les chiffres sur la rentabilité des hôpitaux des provinces et des territoires sont comparables entre eux et régulièrement publiés par l'ICIS (2024c). Les résultats les plus récents révèlent que les hôpitaux de l'Ontario sont les plus rentables. Le Québec, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont dépensé significativement plus d'argent par patient standard (ICIS 2024d). Cela veut dire que le Québec, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont dépensé des milliards de dollars de plus en soins hospitaliers que l'Ontario pour les mêmes types de soins.

Il ne faut pas oublier que l'Ontario est la seule province à avoir encaissé dans ses politiques de financement la question de la rentabilité des hôpitaux. La province emploie une série de politiques de financement pour créer des incitatifs afin que les hôpitaux soient rentables. Le modèle d'allocation fondée sur la santé (Howlett 2012; OHA s.d.) était la première initiative en ce sens puis, par l'entremise de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, une deuxième initiative a suivi, connue comme les procédures fondées sur la qualité (ministère de la Santé de l'Ontario 2023) et les soins regroupés (province de l'Ontario 2015). Bien que les hôpitaux de l'Ontario aient connu des coûts hospitaliers plus faibles par rapport à d'autres provinces, la mesure du rendement n'est pas parfaite, car le rendement ne mesure pas l'efficacité des traitements ni la quantité de soins de santé qu'ils génèrent. Davantage

de recherches seront nécessaires pour déterminer si une partie du rendement de l'Ontario s'explique par des économies d'échelle.

La pandémie de COVID-19 a marqué le début d'une nouvelle ère où les dépenses gouvernementales pour les hôpitaux reflètent de nouvelles priorités. Des milliards de dollars supplémentaires ont été versés aux hôpitaux des provinces et des territoires (ICIS 2024b). La rentabilité a dû céder le pas, à tort ou à raison.

Il est temps de se concentrer sur la productivité et la rentabilité

Les effets, pendant la pandémie, d'une augmentation des dépenses gouvernementales pour les hôpitaux, sont pour la plupart dans le rétroviseur. Le prix des soins hospitaliers a augmenté, y compris en Ontario (ICIS 2024a, 2024b).

Il devient urgent, pour les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, de mettre en œuvre des politiques visant à améliorer la rentabilité des hôpitaux. Au cours des 10 prochaines années, la demande de soins hospitaliers ne diminuera pas et les hôpitaux provinciaux risquent d'être envahis par un nombre plus élevé que jamais d'ânés qui vivent plus longtemps avec une complexité médicale accrue, une croissance démographique due à l'immigration élevée et à un manque d'accès aux soins primaires.

Compte tenu des sommes astronomiques en jeu, du taux de croissance et de la faible productivité, le public devrait exiger que tous les niveaux de gouvernement adoptent des politiques qui incitent les hôpitaux à agir différemment et à rechercher des économies.

Diverses voies en ce sens s'offrent aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Le gouvernement fédéral, qui finance par paiements de transfert une partie des systèmes de santé des provinces et des territoires, s'intéresse fondamentalement, bien qu'indirectement, à la rentabilité des hôpitaux. À ce jour, Santé Canada n'a pas défini d'objectifs pour la rentabilité des hôpitaux ou pour le taux de croissance des dépenses, même s'il dispose des données nécessaires. Santé Canada pourrait prendre l'initiative de fournir aux provinces une *couverture* pour la mise en œuvre de politiques axées sur la rentabilité des hôpitaux.

Les provinces et les territoires ont le plus à gagner en améliorant l'efficacité des coûts et en ralentissant la croissance des dépenses. Ils sont également les plus à risque s'ils ne réagissent pas face à la croissance prévue de la demande de soins hospitaliers. Il faut des politiques provinciales et territoriales qui incitent les administrateurs d'hôpitaux à agir et à déterminer les atout gagnants et perdants, ce qui se traduirait par des soins rentables et une élimination des soins inefficaces.

Les communautés sont également très intéressées par la rentabilité des hôpitaux. Des hôpitaux rentables financièrement sont plus susceptibles d'attirer de nouveaux investissements publics et moins susceptibles de connaître des bouleversements dans les rangs des gestionnaires.

Il faut commencer maintenant

Les hôpitaux sont un élément essentiel des collectivités partout au pays. Ils sont le premier arrêt en cas d'urgence et protègent les familles de la ruine financière pour des raisons de santé. Les Canadiens ont besoin d'hôpitaux publics dynamiques et durables. Il faut commencer dès maintenant à améliorer la rentabilité pour les aider à faire face à la vague de demande qui s'annonce. Les nouvelles politiques qui favorisent la rentabilité devraient revenir à l'ordre du jour.

Dans ce numéro

La section Discussions et débats du présent numéro de *Politiques de Santé* s'ouvre par un article rédigé par Evans et al. (2024). Les auteurs demandent aux provinces d'agir pour améliorer la santé physique des Canadiens atteints de maladies mentales graves. Préconisant des politiques d'« intégration inverse », l'article met l'accent sur les principes de priorisation de l'équité en santé, sur le fait de tirer parti des points forts actuels du système et sur l'intégration de personnes ayant une expérience vécue dans la mise en œuvre de processus visant à améliorer la santé physique des Canadiens atteints de maladies mentales graves (Evans et al. 2024: 19).

Une réplique à cet article est signée par Kates (2024) de l'Université McMaster. La réplique présente un certain nombre de pistes intéressantes pour les recommandations formulées par Evans et ses collègues (Evans et al. 2024). La réplique de Kates (2024) propose des stratégies pour réduire les inégalités en matière de santé chez les personnes atteintes de maladies mentales graves, notamment la réduction des obstacles aux soins, l'augmentation des efforts de prévention et de détection précoce, la garantie de revenus minimums et la planification d'exams physiques annuels.

Un deuxième article de la section Discussions et débats, rédigé par Miller et MacEachen (2024), porte sur les répercussions en Ontario de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*. L'article examine les conséquences d'une plus grande conformité à la *Loi* dans des milieux où les ressources sont limitées et conclut que la responsabilisation devrait porter sur l'ensemble du système de soins de longue durée et non sur les foyers individuels. L'article présente un certain nombre d'options stratégiques, notamment les ratios de dotation en personnel, les évaluations des besoins en ressources et les stratégies pour protéger les soins dans les foyers de soins de longue durée à but lucratif.

Une réplique de Braedley (2024) porte sur les relations entre la responsabilité et le profit dans le secteur des soins de longue durée. La réplique indique qu'étant donné la myriade de structures de propriétés, il est difficile ou impossible de déterminer combien le financement public des soins de longue durée représente un profit. Pas plus qu'il est possible de savoir quels sont les défis à relever pour déterminer qui est responsable de la qualité et où se trouve

le pouvoir. La réplique propose un certain nombre de stratégies pour améliorer la responsabilisation des foyers de soins de longue durée à but lucratif, telles que la propriété des terres ou des foyers qui serait du ressort du gouvernement, l'exigence de transparence quant à la propriété, ou encore, le paiement de l'impôt dans les administrations où sont exploités les foyers.

Le troisième article de la section Discussions et débats décrit les limites des politiques concernant les services médicaux d'urgence (SMU) sans frontière en Alberta (Newton et al. 2024). L'article décrit comment, dans les communautés rurales, les politiques de SMU sans frontière ont appauvri la couverture des SMU et aggravé l'épuisement du personnel en raison de longues déviations. L'article propose un certain nombre d'options stratégiques pour remédier aux limites des politiques actuelles, notamment des niveaux de couverture minimum dans certaines régions rurales, la réduction de la congestion des services d'urgence et la réduction des appels au SMU pour des soins moins urgents.

Feldman et Pierce (2024) réitèrent dans leur réplique que les SMU sont soumis à des contraintes importantes partout au pays, alors que les Canadiens ont du mal à accéder aux systèmes de santé de leur provinces respectives. Les auteurs proposent aux décideurs un certain nombre d'options pour réduire la pression sur les SMU, notamment des consultations en ligne avec des spécialistes de médecine d'urgence, l'élargissement du champ d'action de la formation paramédicale communautaire et l'amélioration de l'accès aux prestataires de soins de santé communautaires.

La section Questions de données présente un article qui examine si les petites équipes de soins sont efficaces pour offrir des services d'intervention précoce en cas de psychose dans les collectivités rurales (Selig et al. 2024). L'article évalue les données de 24 programmes d'intervention précoce en Ontario et constate que, même si les petites équipes de soins sont viables, les grandes comme les petites équipes ne sont pas toujours en mesure d'offrir certains services clés d'intervention en cas de psychose.

Ce numéro comprend un article de recherche qui évalue les pratiques d'offre active de services en français dans des établissements de soins de courte durée d'une région de l'Ontario à faible densité de francophones. Au moyen d'une conception qualitative d'entrevues auprès de gestionnaires et de coordonnateurs locaux, l'étude révèle que la réussite des services en français est liée au soutien de la haute direction et des coordonnateurs locaux (Sauvé-Schenk et al. 2024). L'article se termine par une liste de recommandations visant à maximiser la réussite de la mise en œuvre de services en français.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Rédacteur en chef

Références

Braedley, S. 2024. Commentaire : Soins essentiels – le problème du profit dans le secteur des foyers de soins de longue durée en Ontario. *Politiques de Santé* 20(1): 41–46. doi:10.12927/hcpol.2024.27483.

- Evans, C., C. Canning, M. Ambreen, B. Lo, M.R. Van Kesteren, C.M.E. Walker et al. 2024. Appel pour la santé physique dans les milieux spécialisés en santé mentale au Canada. *Politiques de Santé* 20(1): 19–28. doi:10.12927/hcpol.2024.27475.
- Feldman, M. et D.L. Pierce. 2024. Commentaire : La crise des soins de santé au Canada et le rôle émergent du personnel paramédical. *Politiques de Santé* 20(1): 55–58. doi:10.12927/hcpol.2024.27484.
- Howlett, K. 2012, 18 mars. Ontario Hospital-Funding Changes to Favor Growing Communities. *The Globe and Mail*. Consulté le 5 décembre 2024. <<https://www.theglobeandmail.com/news/politics/ontario-hospital-funding-changes-to-favour-growing-communities/article534676/>>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2024a, novembre. *Données sur les dépenses de santé en bref*. Consulté le 20 décembre 2024. <<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/health-expenditure-data-in-brief-2024-fr.pdf>>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2024b. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 – analyse éclair. Consulté le 4 décembre 2024. <<https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante-2024-analyse-eclair>>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2024c, octobre. Coût d'un séjour standard à l'hôpital : notes méthodologiques. Consulté le 4 décembre 2024. <<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/cost-standard-hospital-stay-methodology-notes-fr.pdf>>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2024d. Coût d'un séjour standard à l'hôpital. Consulté le 4 décembre 2024. <<https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr#!/indicateurs/015/cost-of-a-standard-hospital-stay;/mapC1;mapLevel2;/>>>.
- Kates, N. 2024. Commentaire : Réduire l'écart de mortalité chez les personnes atteintes de maladie mentale – repenser la façon et le lieu où nous fournissons des soins. *Politiques de Santé* 20(1): 29–33. doi:10.12927/hcpol.2024.27482.
- Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous, L.O. 2010, chap. 14. 2010. Gouvernement de l'Ontario. Consulté le 4 décembre 2024. <<https://www.ontario.ca/lois/loi/10e14>>.
- Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée, L.O. 2021, chap. 39, annexe 1. 2021. Gouvernement de l'Ontario. Consulté le 20 décembre 2024. <<https://www.ontario.ca/lois/loi/21f39>>.
- Miller, M. et E. MacEachen. 2024. Qui est responsable des soins de longue durée? *Politiques de Santé* 20(1): 34–40. doi:10.12927/hcpol.2024.27420.
- Ministère de la Santé de l'Ontario. 14 décembre 2023. Procédures fondées sur la qualité. Consulté le 4 décembre 2024. <<https://www.ontario.ca/fr/page/procedures-fondees-sur-la-qualite-0>>.
- Newton, J., T. Carpenter et J. Zwicker. 2024. Comment les bonnes réformes échouent : l'avertissement du système des SMU sans frontière de l'Alberta. *Politiques de Santé* 20(1): 47–54. doi:10.12927/hcpol.2024.27476.
- Ontario Hospital Association (OHA). s.d. *Health-Based Allocation Model: What You Need to Know*. Consulté le 4 décembre 2024. <<https://www.oha.com/Documents/HBAM-What%20You%20Need%20To%20Know.pdf>>.
- Ontario Hospital Association (OHA). 2024, août. *Ontario Hospitals – Leaders in Efficiency (Second Edition)*. Consulté le 5 décembre 2024. <https://www.oha.com/Bulletins/OHA-Hospital%20Efficiency%20Paper_August2024_FINAL.pdf>.
- Province de l'Ontario. 2 septembre 2015. L'Ontario finance des équipes de soins regroupés en vue d'améliorer l'expérience des patients : La province élargit l'approche coordonnée par équipe afin d'offrir un service unifié aux patients [communiqué de presse]. Consulté le 5 décembre 2024. <<https://news.ontario.ca/fr/release/34097/ontario-finance-des-equipes-de-soins-regroupees-en-vue-dameliorer-l Experience-des-patients>>.
- Provincial Health Services Authority. s.d. Supply Chain & Procurement. Consulté le 5 décembre 2024. <<http://www.phsa.ca/our-services/support-services/supply-chain>>.
- Rogers, C. 2024a, 26 mars. Le problème de productivité [Sommaire du discours]. Banque du Canada. Consulté le 10 décembre 2024. <<https://www.banqueducanada.ca/2024/03/probleme-productivite/>>.

Rogers, C. 2024b, 26 mars. L'heure a sonné : réglons le problème de productivité du Canada [Discours]. Banque du Canada. Consulté le 11 décembre 2024. <<https://www.banqueducanada.ca/2024/03/heure-sonne-reglons-probleme-productivite-canada/>>.

Sauvé-Schenk, K., J. Savard et F. Durand. 2024. Mise en œuvre de l'offre active de services dans les deux langues officielles dans un milieu hospitalier en Ontario. *Politiques de Santé* 20(1): 69–81. doi:10.12927/hcpol.2024.27485.

Selick, A., G. Langill, S. Brooks et J. Durbin. 2024. Les petites équipes constituent-elles une stratégie viable pour offrir des services d'intervention précoce contre la psychose dans les régions rurales? Une étude ontarienne sur la fidélité. *Politiques de Santé* 20(1): 59–67. doi:10.12927/hcpol.2024.27421.

Université du Manitoba. 23 octobre 2023. Concept: Calculating Hospital Costs Using Cost Per Weighted Case (CPWC) / Cost of a Standard Hospital Stay (CSHS) Values. Consulté le 4 décembre 2024. <<http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/viewConcept.php?conceptID=1100>>.