

From Talking to Action: Changing Healthcare in Provinces and Territories

THERE IS NO DOUBT THAT HEALTHCARE SYSTEMS IN CANADA'S PROVINCES AND territories are under duress – staffing problems, costly technology adoptions and barriers to accessing care are endemic. Among those who are already ill, the systems' problems create frustration, anxiety and even unchecked disease progression for some people. The worst instances are seen in the media almost daily; the result is an erosion of trust among the Canadian public who had been assured that high-quality medically necessary services would be accessible when needed.

There is enough blame to go around for why things are the way they are.

Looking forward, the volume and vigour of repeated calls for federal, provincial and territorial governments to respond to the crises are hard to ignore. Some are calling for more privately funded options, some are calling for more privately delivered for-profit healthcare and some are calling for both, using the common refrain that the publicly funded system is stretched so thin that it is beyond repair. In contrast, the global evidence base regarding health system structures finds that the presence of privately funded or privately delivered healthcare does not fix these problems (Bambra et al. 2014; Crampton et al. 2005; Footman et al. 2014; Goodair and Reeves 2024; Lee et al. 2021; Longhurst and McGregor 2016).

Before throwing the baby out with the bathwater in terms of publicly funded healthcare, provinces and territories should adopt evidence-based interventions that have been shown to improve staffing and increase access and quality. Fortunately, the amount of public spending on healthcare is high and money is not the problem – Canada is a high-spender on healthcare – it is a question of how funds are spent and on whose services.

The federal government and provinces should be taking action and thankfully, there is much that can be done to improve publicly funded healthcare.

Set the Vision

The quadruple or quintuple aim provides a reasonable framework for prioritizing actionable reforms (Nundy et al. 2022; Sikka et al. 2015). The aim's focus on improving population

health, reducing costs, improving experiences and improving healthcare provider's well-being provides a balance between competing initiatives and a roadmap regarding where to begin. Adoption and commitment to furthering the aims will improve Canadians' health and their healthcare systems. To do so means setting a long-term vision, such as the one being done in England, a similarly publicly funded health system (NHS 2019). Canadian healthcare systems need a long-term vision to orient efforts to address underlying problems – instead of “issues management”-led and reactive policies.

Focus on Population Health

Provincial and territorial governments should set targets for population health and prioritize linking the social determinants of health with health status. Our governments should establish clear lines of authority and accountability for population health with appropriate incentives and consequences for underachievement. They also need to allow health systems to budget across fiscal years and assume responsibility for planning and executing strategic efforts.

The basket of publicly insured services outside the remit of the *Canada Health Act* (1985) needs to be updated. Many Canadians are not able to pay for needed services, therapies or devices to improve their health and well-being. Provincial and territorial governments should expand the scope of the *Canada Health Act* (1985) or provide extended health benefit insurance to all Canadian families, including access to mental healthcare and better aging-in-place strategies for seniors.

Slow Growth or Reduce Cost

Health spending is almost one-half of provincial budgets in many provinces and territories. It is imperative to long-term sustainability that growth in healthcare spending slows. Reduce avoidable care by improving access to team-based care. Eliminate spending on ineffective care; for instance, do not pay for ineffective services and therapies highlighted by Choosing Wisely Canada.

There are unacceptably wide variations in cost efficiency, quality and health status across the country. The federal government should set national targets similar to those of Australia's Productivity Commission to reduce variability in healthcare, improve value from spending and support communities most in need (Productivity Commission 2024).

Provincial and territorial governments should align payment methods with population health goals. Payment methods are powerful incentives; use fee for service when increasing throughput is the objective. Governments and healthcare providers should be transparent in their financial transactions so as to improve the assessment of value for money. Where possible, collect health outcomes and the costs associated with achieving the outcomes.

Improve Experience

Governments and healthcare providers should use legislative and regulatory mechanisms to

ensure interoperable electronic medical records (EMRs) between settings and sectors. They should use EMRs to reduce duplicate tests or images and appropriately fund telehealth and virtual care for patients for whom it works effectively.

Our governments need to mandate evidence-based practices of centralized waitlists and triaging processes for reducing wait times to see a specialist and receive treatment. Evidence-based clinical pathways should be adopted across settings, providers and time. They should expand efforts to collect information regarding care experiences and incorporate findings into practice and policy.

Improving Healthcare Providers' Well-Being

Initiatives that improve providers' health and well-being, including mental health services and exercise-based interventions, should be measured and supported. Barriers to interprovincial licensure and scopes of practice need to be reduced. Cost-effective care innovations such as Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in acute settings need to be adopted and patients' perspectives must be incorporated into reforms.

A Laundry List of Things to Do

The public should not have to get into the weeds or micromanage health systems. The public should expect that the government hires the most capable and effective managers and strategists to get the most bang for their buck in terms of improving their provinces' health, reducing cost growth and improving experiences with healthcare and providers' well-being. It is critical that Canadians stop being so patient with governments' health sector leaders. The public needs governments and their managers to act quickly and adopt meaningful reforms before trust is irrevocably damaged.

In This Issue

This issue begins with a Discussion and Debate article that focuses on the expansion of medical assistance in dying (MAiD). The authors describe bioethical, philosophical and practical issues associated with advance requests for MAiD (ARM) (Espericueta 2025) and explore other jurisdictions' use of ARM. The article concludes that competent professionals and trusted persons need to be involved as safeguards in order for ARM to be effectively implemented.

A rejoinder by Cattell and Mack (2025) extends the preceding article's discussion of ethical issues associated with the expansion of MAiD. The authors highlight that some reversible trajectories of health status create uncertainties associated with not being able to meet the standard of informed consent. The rejoinder concludes that, in the context of the patient with dementia, additional legislation is needed to protect patients, their surrogates and healthcare providers from adverse effects of ARM.

This issue's second Discussion and Debate article expresses that there are more challenges than ever to the *Canada Health Act* (1985). The article points out that the *Canada*

Health Act (1985) was not able to predict all of the variations in healthcare delivery modalities or technology advancements that led to unexpected private and out-of-pocket payments for needed medical treatment or access to technologies (Milinkovic and Hurley 2025). The authors propose that a multi-pronged approach by provinces for better policy responses, new regulations and more comprehensive data collection is needed to maintain equity and access to healthcare.

A rejoinder to the preceding Discussion and Debate article concurs that privatization of provinces' healthcare delivery systems will not remedy provinces' healthcare systems woes. The rejoinder proposes that provincial health systems have the opportunity to arrest the erosion of their public health systems by focusing on improving the efficiency and effectiveness of their current systems and reducing interprovincial variations in utilization and spending (Duckett 2025).

This issue of *Healthcare Policy* includes a Data Matters article. The article focuses on methods for creating a single list of essential medicines to serve as the basis for a national universal pharmacare program (Murphy et al. 2025). The article synthesizes lists in order to generate a list of medicines recommended for a Canadian essential medicines list.

The impact of federal advisory bodies on health and healthcare is unclear. This issue's first research manuscript uses qualitative methods to identify factors associated with the implementation of healthcare advisory bodies' recommendations (Quinn et al. 2025). The study concluded that advisory bodies often wielded influence inside and outside government but participants perceived that their recommendations were often not implemented by the federal government.

This issue's concluding research manuscript measures temporal changes in healthcare workers' protest events. The results found that protest events were most often attributable to compensation-related issues and vaccination mandates (Sriram et al. 2025). The authors conclude that there are a myriad of issues expressed by Canadian healthcare workers and there are no one-size-fits-all solutions to address healthcare workers' concerns.

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

Bambra, C., K. Garthwaite and D. Hunter. 2014. All Things Being Equal: Does It Matter for Equity How You Organize and Pay for Health Care? A Review of the International Evidence. *International Journal of Health Services* 44(3): 457–77. doi:10.2190/HS.44.3.c.

- Canada Health Act (R.S.C., 1985, c. C-6). Government of Canada. Retrieved March 12, 2025. <<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/>>.
- Cattell, C and C. Mack. 2025. Commentary: Ethics and Advance Requests for MAiD: Thresholds and Applicability. *Healthcare Policy* 20(2): 25–30. doi:10.12927/hcpol.2025.27561.
- Crampton, P., P. Davis, R. Lay-Yee, A. Raymont, C.B. Forrest and B. Starfield. 2005. Does Community-Governed Nonprofit Primary Care Improve Access to Services? Cross-Sectional Survey of Practice Characteristics. *International Journal of Health Services* 35(3): 465–78. doi:10.2190/k6kv-k8el-c7n9-j2au.
- Duckert, S. 2025. Commentary: Fixing Fraying? A Response to Milinkovic and Hurley. *Healthcare Policy* 20(2): 41–43. doi:10.12927/hcpol.2025.27562.
- Espericueta, L. 2025. Advance Requests for Medical Assistance in Dying in the International Context: Some Legal Issues for the Canadian Case. *Healthcare Policy* 20(2): 17–24. doi:10.12927/hcpol.2025.27478.
- Footman, K., K. Garthwaite, C. Bamba and M. McKee. 2014. Quality Check: Does It Matter for Quality How You Organize and Pay for Health Care? A Review of the International Evidence. *International Journal of Health Services* 44(3): 479–505. doi:10.2190/HS.44.3.d.
- Goodair, B. and A. Reeves. 2024. The Effect of Health-Care Privatisation on the Quality of Care. *The Lancet Public Health* 9(3): e199–206. doi:10.1016/S2468-2667(24)00003-3.
- Lee, S.K., B.H. Rowe and S.K. Mahl. 2021. Increased Private Healthcare for Canada: Is That the Right Solution? *Healthcare Policy* 16(3): 30–42. doi:10.12927/hcpol.2021.26435.
- Longhurst, A., M. Cohen and M. McGregor. 2016, April. *Reducing Surgical Wait Times: The Case for Public Innovation and Provincial Leadership*. Canadian Centre for Policy Alternatives. Retrieved April 10, 2025. <<https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC%20Office/2016/04/CCPA-BC-Reducing-Surgical-Wait-Times.pdf>>.
- Milinkovic, D. and J. Hurley. 2025. The Fraying at the Edges of the Public Healthcare System in Canada. *Healthcare Policy* 20(2): 31–40. doi:10.12927/hcpol.2025.27538.
- Murphy, R., A. Rizvi, M.Z. Ul Haq and N. Persaud. 2025. Medicine List for Public Funding From Existing Lists. *Healthcare Policy* 20(2): 44–51. doi:10.12927/hcpol.2025.27563.
- National Health Service (NHS). 2019. *The NHS Long Term Plan*. Retrieved March 7, 2025. <<https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>>.
- Nundy, S., L.A. Cooper and K.S. Mate. 2022. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA* 327(6): 521–22. doi:10.1001/jama.2021.25181.
- Productivity Commission. 2024, July. *Closing the Gap: Annual Data Compilation Report*. Commonwealth of Australia. Retrieved March 7, 2025. <<https://www.pc.gov.au/closing-the-gap-data/annual-data-report/closing-the-gap-annual-data-compilation-july2024.pdf>>.
- Quinn, A.E., R. Drummond, T. Noseworthy, F. Clement, S. Moss, E. Fitzgerald et al. 2025. The Role and Influence of Federally Established Health Policy Advisory Bodies in Canada. *Healthcare Policy* 20(2): 52–65. doi:10.12927/hcpol.2025.27502.
- Sikka, R., J.M. Morath and L. Leape. 2015. The Quadruple Aim: Care, Health, Cost and Meaning in Work. *BMJ Quality and Safety* 24(10): 608–10. doi:10.1136/bmjqs-2015-004160.
- Sriram, V., M. Rakasi, K. Sharma, M.R. Law and S.A. Brophy. 2025. Health Worker Protests in Canada: A Descriptive Analysis of Protest Events From 2021 to 2022. *Healthcare Policy* 20(2): 66–82. doi:10.12927/hcpol.2025.27564.

De la parole aux gestes : transformer les soins de santé dans les provinces et les territoires

IL NE FAIT AUCUN DOUTE QU'AU CANADA, LES SYSTÈMES DE SANTÉ DES PROVINCES ET des territoires sont sous pression : les problèmes de dotation, les adoptions coûteuses de technologies et les obstacles à l'accès aux soins sont endémiques. Pour ceux qui sont aux prises avec la maladie, ces problèmes créent de la frustration et de l'anxiété et causent même, chez certains, une progression incontrôlée de la maladie. Les pires cas paraissent dans les médias presque tous les jours. Il en résulte une érosion de la confiance du public canadien, à qui on avait assuré que des services médicalement nécessaires de haute qualité seraient accessibles quand ils en auraient besoin.

Il y a plusieurs mauvaises raisons pour lesquelles les choses sont comme elles sont.

Il est difficile d'ignorer le volume et la vigueur des appels lancés aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour qu'ils réagissent face aux situations de crise. Certains réclament une plus grande part pour le secteur privé, d'autres plus de soins de santé privés à but lucratif, ou encore les deux à la fois; on répète souvent que le système subventionné par l'État est tellement étiré qu'il en est devenu irréparable. En revanche, la base de données mondiales concernant les structures des systèmes de santé permet de conclure que la présence de soins de santé financés par le secteur privé ou dispensés par celui-ci ne règle pas les problèmes (Bambra et al. 2014; Crampton et al. 2005; Footman et al. 2014; Goodair et Reeves 2024; Lee et al. 2021; Longhurst et McGregor 2016).

Avant de jeter le bébé avec l'eau du bain, en ce qui concerne les soins de santé financés par les fonds publics, les provinces et les territoires devraient adopter des interventions fondées sur les données probantes et qui se sont avérées efficaces pour améliorer la dotation en personnel ainsi que l'accès aux soins et leur qualité. Heureusement, le montant des dépenses publiques consacrées aux soins de santé est élevé et l'argent n'est pas le problème – le Canada dépense beaucoup pour les soins de santé –, il s'agit plutôt de savoir comment les fonds sont dépensés et pour quels services.

Le gouvernement fédéral et les provinces doivent prendre des mesures et, heureusement, il y a beaucoup de place pour l'amélioration dans les soins de santé financés par l'État.

Définir la vision

Le quadruple ou quintuple objectif fournit un cadre raisonnable pour hiérarchiser les réformes réalisables (Nundy et al. 2022; Sikka et al. 2015). L'accent mis sur l'amélioration de la santé de la population, sur la réduction des coûts, sur l'amélioration de l'expérience et sur l'amélioration du bien-être des fournisseurs de soins de santé permet d'assurer l'équilibre entre des initiatives concurrentes et une feuille de route quant à savoir par où commencer. L'adoption et l'atteinte de ces objectifs seront bénéfiques pour la santé des Canadiens et permettront d'améliorer les systèmes de santé. Pour ce faire, il faut établir une vision à long terme, comme celle de l'Angleterre qui possède un système de santé similaire financé par l'État (NHS 2019). Au Canada, les systèmes de santé doivent se doter d'une vision à long terme pour orienter les efforts visant à résoudre les problèmes sous-jacents, plutôt que de mettre en place des politiques réactives axées sur la « gestion des problèmes ».

Accent sur la santé de la population

Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient fixer des cibles pour la santé de la population et établir un lien entre les déterminants sociaux de la santé et l'état de santé. Les gouvernements devraient établir des lignes de responsabilité claires en matière de santé de la population, avec des mesures d'incitation et des conséquences appropriées pour les résultats médiocres. Ils doivent également permettre aux systèmes de santé d'établir un budget pour l'ensemble des exercices financiers et d'assumer la responsabilité de la planification et de l'exécution des efforts stratégiques.

Il faut mettre à jour l'ensemble des services assurés par le secteur public qui ne relèvent pas de la *Loi canadienne sur la santé* (1985). De nombreux Canadiens ne sont pas en mesure de payer les services, les thérapies ou les appareils dont ils ont besoin pour améliorer leur santé et leur bien-être. Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient élargir la portée de la *Loi canadienne sur la santé* (1985) ou offrir des prestations d'assurance maladie étendues à toutes les familles canadiennes, notamment l'accès aux soins de santé mentale et de meilleures stratégies pour que les aînés puissent vieillir à domicile.

Croissance lente ou réduction des coûts

Les dépenses de santé représentent près de la moitié des budgets provinciaux dans plusieurs provinces et territoires. Il est impératif de freiner leur croissance afin d'assurer la durabilité à long terme. Réduire les soins évitables en améliorant l'accès aux soins en équipe. Éliminer les dépenses consacrées aux soins inefficaces; par exemple, ne pas payer pour des services et des thérapies inefficaces, tel que dévoilé par Choisir avec soin.

Il existe des écarts inacceptables en matière de rentabilité, de qualité et d'état de santé dans l'ensemble du pays. Le gouvernement fédéral devrait fixer des objectifs nationaux, semblables à ceux de la Commission de productivité australienne, pour réduire la variabilité dans les soins de santé, améliorer le rendement des dépenses et soutenir les collectivités qui en ont le plus besoin (Productivity Commission 2024).

Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient harmoniser les méthodes de paiement avec les objectifs en matière de santé de la population. Les méthodes de paiement sont de puissants incitatifs; utiliser les frais de service lorsque l'objectif est d'augmenter le débit de traitement. Les gouvernements et les prestataires de soins de santé devraient être transparents dans leurs transactions financières afin d'améliorer l'évaluation du rapport qualité-prix. Dans la mesure du possible, il faudrait recueillir les résultats en matière de santé et les coûts associés à l'atteinte de ces résultats.

Améliorer l'expérience

Les gouvernements et les fournisseurs de soins de santé devraient utiliser des mécanismes législatifs et réglementaires pour assurer l'interopérabilité des dossiers médicaux électroniques (DME) entre les établissements et les secteurs. Ils devraient mettre à profit les DME pour réduire la duplication des tests ou des images médicales et ils devraient financer de manière appropriée la télésanté et les soins virtuels pour les patients chez qui ce type de soins est efficace.

Nos gouvernements doivent imposer des pratiques fondées sur les données probantes pour les listes d'attente centralisées et pour les processus de triage afin de réduire les temps d'attente pour consulter un spécialiste. Il faut adopter des trajectoires de soins fondés sur les données probantes provenant de tous les types de milieux, de fournisseurs et de périodes de temps. Le gouvernement devrait intensifier ses efforts pour recueillir des renseignements sur l'expérience en matière de soins et intégrer les résultats dans la pratique et les politiques.

Améliorer le bien-être des professionnels de santé

Les initiatives qui améliorent la santé et le bien-être des fournisseurs, y compris les services de santé mentale et les interventions axées sur l'exercice physique, devraient être mesurées et préconisées. Il faut réduire les obstacles à l'obtention d'un permis interprovincial et aux champs de pratique. Il faut adopter des innovations en matière de soins rentables, comme le programme de récupération optimisée après une chirurgie (ERAS) dans les milieux de soins de courte durée, et intégrer les points de vue des patients dans les réformes.

Liste de choses à faire

Le public ne devrait pas avoir à s'occuper de la microgestion dans les systèmes de santé. Le public s'attend à ce que le gouvernement embauche les gestionnaires et les stratèges les plus compétents pour tirer le meilleur parti de l'argent en améliorant la santé des provinces, en réduisant l'augmentation des coûts et en améliorant l'expérience des soins de santé ainsi que le bien-être des fournisseurs de soins.

Il est essentiel que les Canadiens cessent de se montrer aussi patients envers les dirigeants gouvernementaux du secteur de la santé. Les gouvernements et les gestionnaires doivent agir rapidement et adopter des réformes significatives s'ils veulent éviter que la confiance de la population ne soit irrévocablement ébranlée.

Dans ce numéro

Le présent numéro s'ouvre avec un article de la section Discussions et débats sur l'expansion de l'aide médicale à mourir (AMM). Les auteurs décrivent les questions bioéthiques, philosophiques et pratiques associées aux demandes anticipées d'AMM (Espericueta 2025) et explorent l'utilisation de l'AMM dans d'autres États. L'article conclut que des professionnels compétents et des personnes de confiance doivent être impliqués pour que les demandes anticipées d'AMM soient effectivement mises en œuvre.

Une réplique à cet article, par Cattell et Mack (2025), prolonge la discussion sur les questions éthiques associées à l'expansion de l'AMM. Les auteurs soulignent que certaines trajectoires réversibles de l'état de santé peuvent donner lieu à des incertitudes quant au respect de la norme du consentement éclairé. La réplique conclut que, dans le contexte d'un patient atteint de démence, une législation supplémentaire est nécessaire pour protéger les patients, leurs mandataires et les fournisseurs de soins de santé contre les effets indésirables de la demande anticipée d'AMM.

Le deuxième article de la section Discussions et débats indique que la *Loi canadienne sur la santé* (1985) fait face à plus de défis que jamais. L'article souligne que la *Loi* n'a pas permis de prévoir toutes les variations des modalités de prestation des soins de santé, ou encore les avancées technologiques qui ont entraîné des paiements privés et directs inattendus pour un traitement médical nécessaire ou pour l'accès aux technologies (Milinkovic et Hurley 2025). Les auteurs arguent que pour maintenir l'équité et l'accès aux soins de santé, les provinces devront adopter une approche multidimensionnelle qui leur permette d'élaborer de meilleures réponses politiques, d'établir de nouveaux règlements et d'assurer une collecte de données plus complète.

Une réplique à cet article confirme que la privatisation des systèmes de prestation de soins de santé provinciaux ne remédiera pas aux problèmes. La réplique laisse entendre que les provinces pourraient stopper l'érosion des systèmes de santé publique en se concentrant sur l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacé des systèmes en place et sur la réduction des variations interprovinciales dans l'utilisation et les dépenses (Duckett 2025).

La section Questions de données du présent numéro de *Politiques de Santé* présente un article qui porte sur les méthodes pour dresser une liste unique de médicaments essentiels, laquelle servirait de base à un programme national universel d'assurance-médicaments (Murphy et al. 2025). L'article synthétise les listes déjà en place afin de produire une liste de médicaments recommandés pour une liste canadienne des médicaments essentiels.

L'impact des organismes consultatifs fédéraux en matière de santé et de soins de santé n'est pas clair. Le premier article de recherche du présent numéro a recours à des méthodes qualitatives pour cerner les facteurs associés à la mise en œuvre des recommandations des organismes consultatifs en matière de santé (Quinn et al. 2025). L'étude conclut que ces organismes exercent souvent une influence à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement, mais les participants indiquent que leurs recommandations ne sont pas souvent mises en œuvre par le gouvernement fédéral.

Le dernier article de recherche de ce numéro mesure les changements temporels dans les mouvements de protestation des travailleurs de la santé. Les résultats révèlent que les mouvements de protestation étaient le plus souvent attribuables à des questions liées à la rémunération et aux mandats de vaccination (Sriram et al. 2025). Les auteurs concluent qu'il existe une myriade de problèmes exprimés par les travailleurs canadiens de la santé et qu'il n'y a pas de solution universelle pour répondre à leurs préoccupations.

FIONA CLEMENT, PHD

Professeure et chef

Département des sciences de la santé communautaire

École de médecine Cumming

Université de Calgary

Calgary, AB

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Rédacteur en chef

Références

- Bambra, C., K. Garthwaite et D. Hunter. 2014. All Things Being Equal: Does It Matter for Equity How You Organize and Pay for Health Care? A Review of the International Evidence. *International Journal of Health Services* 44(3): 457–77. doi:10.2190/HS.44.3.c.
- Cattell, C et C. Mack. 2025. Commentaire : Éthique et demandes anticipées d'AMM : seuils et applicabilité. *Politiques de Santé* 20(2): 25–30. doi:10.12927/hcpol.2025.27561.
- Crampton, P., P. Davis, R. Lay-Yee, A. Raymont, C.B. Forrest et B. Starfield. 2005. Does Community-Governed Nonprofit Primary Care Improve Access to Services? Cross-Sectional Survey of Practice Characteristics. *International Journal of Health Services* 35(3): 465–78. doi:10.2190/k6kv-k8el-c7n9-j2au.
- Duckett, S. 2025. Commentaire : Stopper l'érosion? Une réplique à l'article de Milinkovic et Hurley. *Politiques de Santé* 20(2): 41–43. doi:10.12927/hcpol.2025.27562.
- Espericueta, L. 2025. Demandes anticipées d'aide médicale à mourir dans le contexte international : enjeux juridiques pour le Canada. *Politiques de Santé* 20(2): 17–24. doi:10.12927/hcpol.2025.27478.
- Footman, K., K. Garthwaite, C. Bambra et M. McKee. 2014. Quality Check: Does It Matter for Quality How You Organize and Pay for Health Care? A Review of the International Evidence. *International Journal of Health Services* 44(3): 479–505. doi:10.2190/HS.44.3.d.
- Goodair, B. et A. Reeves. 2024. The Effect of Health-Care Privatisation on the Quality of Care. *The Lancet Public Health* 9(3): e199–206. doi:10.1016/S2468-2667(24)00003-3.
- Lee, S.K., B.H. Rowe et S.K. Mahl. 2021. Accroître les services de santé privés au Canada : est-ce la bonne solution? *Politiques de Santé* 16(3): 30–42. doi:10.12927/hcpol.2021.26435.
- Loi canadienne sur la santé (L.R.C., 1985, ch. C-6). Gouvernement du Canada. Consulté le 12 mars 2025. <<https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/>>.
- Longhurst, A., M. Cohen et M. McGregor. Avril 2016. *Reducing Surgical Wait Times: The Case for Public Innovation and Provincial Leadership*. Canadian Centre for Policy Alternatives. Consulté 10 Avril 2025. <<https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC%20Office/2016/04/CCPA-BC-Reducing-Surgical-Wait-Times.pdf>>.

- Milinkovic, D. et J. Hurley. 2025. Érosion du système de santé public au Canada. *Politiques de Santé* 20(2): 31–40. doi:10.12927/hcpol.2025.27538.
- Murphy, R., A. Rizvi, M.Z. Ul Haq et N. Persaud. 2025. Dresser à partir des listes existantes une liste de médicaments financés publiquement. *Politiques de Santé* 20(2): 44–51. doi:10.12927/hcpol.2025.27563.
- National Health Service (NHS). 2019. *The NHS Long Term Plan*. Consulté le 7 mars 2025. <<https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>>.
- Nundy, S., L.A. Cooper et K.S. Mate. 2022. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA* 327(6): 521–22. doi:10.1001/jama.2021.25181.
- Productivity Commission. Juillet 2024. *Closing the Gap: Annual Data Compilation Report*. Commonwealth of Australia. Consulté le 7 mars 2025. <<https://www.pc.gov.au/closing-the-gap-data/annual-data-report/closing-the-gap-annual-data-compilation-july2024.pdf>>.
- Quinn, A.E., R. Drummond, T. Noseworthy, F. Clement, S. Moss, E. Fitzgerald et al. 2025. Rôle et influence des organismes consultatifs en matière de politiques de santé établis par le gouvernement fédéral au Canada. *Politiques de Santé* 20(2): 52–65. doi:10.12927/hcpol.2025.27502.
- Sikka, R., J.M. Morath et L. Leape. 2015. The Quadruple Aim: Care, Health, Cost and Meaning in Work. *BMJ Quality and Safety* 24(10): 608–10. doi:10.1136/bmjqs-2015-004160.
- Sriram, V., M. Rakasi, K. Sharma, M.R. Law et S.A. Brophy. 2025. Manifestations des travailleurs de la santé au Canada : analyse descriptive des événements de protestation en 2021 et 2022. *Politiques de Santé* 20(2): 66–82. doi:10.12927/hcpol.2025.27564.