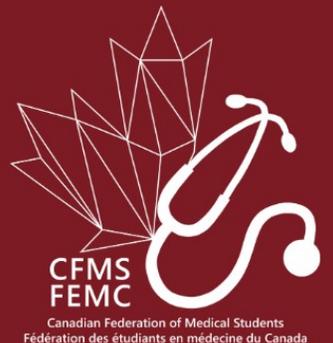




Journée d'Action Nationale 2024

Repenser les Dépenses de Santé au Canada

—
16 au 18 novembre
Ottawa, ON



Repenser les dépenses de santé au Canada : Comblers les lacunes systémiques pour un meilleur avenir

Table des matières

Table des matières.....	1
Remerciements.....	2
Introduction.....	3
Nos demandes.....	4
Comprendre le système de santé canadien.....	5
Paysage actuel.....	6
Impact sur les populations rurales et isolées.....	8
Efforts passés et présents.....	9
Analyse du budget.....	11
Formation et autorisation d'exercer la médecine pour les diplômés internationaux en médecine (IMG).....	14
Mise en place d'un permis pancanadien.....	16
References.....	18

Remerciements

Comité de sélection des thèmes : Nous tenons à exprimer notre gratitude aux membres du comité de sélection des thèmes qui ont effectué des recherches et présélectionné des thèmes à défendre lors de la Journée nationale d'action (NDoA). C'est grâce à leur travail de plaidoyer que le thème " Repenser les dépenses de santé " a été choisi comme thème de la NDoA du FEMC de cette année.

Min Jung Kim, Université de la Colombie-Britannique
Polina Kyrychenko, Université de Toronto
Tushar Sood, Université de Toronto
Bhavneet Jhaji, Université de la Colombie-Britannique

Sous-comité de recherche : Nous tenons à remercier les membres du comité de recherche du jour de l'action pour le temps et les efforts considérables qu'ils ont consacrés à la recherche, à la compilation et à la rédaction de ce document d'information.

James Wang, Université d'Ottawa
Nicholas Bauer, Université de Toronto
Sarthak Singh, Université McMaster
Andrew Maher, Université Queen's
Brie Loughlin-Murray, Université de Dalhousie
Maya Zaidman, Université de l'Ouest
Min Jung Kim, Université de la Colombie-Britannique

Sous-comité des partenariats : Nous tenons à remercier cette équipe qui a consulté avec diligence les parties prenantes afin de s'assurer que nos demandes étaient en phase avec le travail de toutes les autres organisations et personnes qui défendent ce sujet depuis longtemps.

Zili Zhou, Université de Saskatchewan
Tushar Sood, Université de Toronto
Polina Kyrychenko, Université de Toronto
Joanna Keough, Université de Calgary
Maren Kimura, Université de Calgary

Les parties prenantes : Nous remercions toutes les personnes et organisations pour leurs précieuses contributions qui ont façonné notre document d'information. En tant que futurs médecins, nous comptons sur votre perspicacité, votre expertise et vos années de dévouement pour améliorer le système de santé canadien !

Avec gratitude et appréciation,

Sanya Grover
Université de la Colombie-Britannique
Responsable national de l'action politique 2023-24

Chaten Jessel
Université de Calgary
Directeur des affaires gouvernementales 2023-24

Bryce Bogie
Université d'Ottawa
Directeur des affaires gouvernementales 2024-25

Introduction

Le système de santé canadien est fier d'être un système financé par le public et universellement accessible, qui fournit des services de santé à tous les citoyens canadiens et aux résidents permanents. Cependant, malgré les progrès réalisés au cours des dernières décennies, de nombreux défis et obstacles subsistent dans la fourniture de soins de santé équitables à tous les Canadiens, en particulier si l'on considère les coûts drastiques des dépenses de santé que le Canada investit chaque année.

Le Canada investit plus de 270 milliards de dollars par an dans les dépenses de santé, ce qui est nettement plus élevé que dans de nombreux autres pays à revenu élevé dotés de systèmes de santé universels similaires [1]. Cependant, malgré cet investissement substantiel, le Canada est confronté à des problèmes de performance dans divers indicateurs de soins de santé par rapport à ses pairs internationaux. Par exemple, le Canada se classe au 6^e rang des 28 pays dotés d'un système de santé universel pour ce qui est des dépenses de santé en pourcentage du PIB et au 10^e rang pour ce qui est des dépenses de santé par habitant [1].

Ces données témoignent d'un engagement financier important du système de santé, mais malgré ce financement, le pays est à la traîne sur certains points. Le nombre de médecins par habitant est faible (26^e rang sur 28) et la disponibilité des lits d'hôpital est préoccupante (22^e rang sur 28) [1]. Les longs délais d'attente pour les services de santé sont un autre problème urgent au Canada. Les patients des services d'urgence doivent souvent attendre longtemps avant de voir un médecin, de quelques heures à plus de 30 heures. Et comme beaucoup d'entre nous ne le savent que trop bien, la pénurie de médecins de famille est peut-être l'une des plus grandes préoccupations du système de santé canadien à l'heure actuelle. Selon une récente enquête nationale, plus de 6,5 millions de Canadiens (un sur cinq) n'ont pas accès à un médecin de famille ou à une infirmière praticienne qu'ils peuvent consulter régulièrement [2].

Alors que le gouvernement canadien continue d'augmenter ses dépenses de santé à chaque budget annuel, il se peut que les lacunes de notre système ne soient pas entièrement comblées par un simple ajout de fonds. En fait, selon une autre enquête nationale, deux tiers (66 %) des canadiens pensent qu'il existe des problèmes structurels dans le système de santé canadien qui dépassent de loin le manque de financement [3]. L'amélioration de notre système de soins de santé nécessite des changements fondamentaux en repensant nos dépenses et en s'attaquant aux problèmes systémiques sous-jacents afin d'améliorer nos résultats.

En tant qu'étudiant(e)s en médecine, nous sommes conscients du poids des facteurs législatifs, économiques et politiques sur la base de la politique de santé et, en fin de compte, sur les résultats des citoyens et résidents canadiens. À la base, les connaissances nécessaires pour traiter les maladies et promouvoir la santé n'ont de valeur que dans le contexte d'un système qui fournit efficacement et équitablement le personnel, les fournitures et les systèmes pour les mettre en pratique. Face à un système de santé tendu et à des résultats médiocres malgré des dépenses de santé élevées, notre priorité est donc de plaider pour que les dépenses de santé et le système global s'alignent étroitement non seulement sur les principes de la loi canadienne sur la santé, mais aussi sur les valeurs et les aspirations des Canadiens, qui souhaitent des soins de santé réactifs, équitables et efficaces pour eux-mêmes et pour leurs proches lorsqu'ils en ont le plus besoin.

Nos demandes

1. **Ajuster la formule actuelle du Transfert canadien en matière de santé par habitant à une formule d'allocation fondée sur les besoins qui tient compte de la structure démographique et de la répartition géographique des populations.**
 - Actuellement, la formule du Transfert canadien en matière de santé (TCS) est allouée sur une base per capita. Cependant, le modèle actuel du TCS alloue des fonds aux provinces basé uniquement sur la taille de la population, ce qui ne tient pas compte des différents facteurs de coûts des soins de santé dans les régions.
 - De nombreuses critiques ont demandé un ajustement de la formule actuelle du TCS à une formule basée sur les besoins, qui tient compte de ces différences.
 - L'ajustement de cette formule pour tenir compte de la structure démographique de la population (notamment l'âge) et de la répartition géographique permettrait d'assurer un accès plus équitable aux soins de santé et d'améliorer le financement du système.

2. **Améliorer la formation et les permis d'exercer pour les diplômés internationaux en médecine (IMG) en augmentant le nombre de places de résidence pour les IMG et en développant un programme national d'évaluation de la capacité à exercer (ECE).**
 - Le Canada a actuellement une grave pénurie de médecins de famille, avec près de 6,5 millions de personnes n'ayant pas accès à un prestataire de soins primaires.
 - L'augmentation du nombre de places de résidence pour les IMG peut combler cette lacune. Un rapport récent a montré que le financement de 750 places de résidence supplémentaires par an pour les IMG permettrait de créer 6 000 nouveaux médecins de famille prêts à exercer en l'espace d'une décennie. Ces nouveaux médecins de famille serviraient environ 1 500 patients chacun, ce qui équivaut à environ 1,1 million de Canadiens supplémentaires par an pour chaque cohorte d'IMG qui sort de la résidence.
 - En outre, il n'existe qu'une poignée de programmes de ECE disponibles au niveau national, répartis sur neuf programmes, et nombreux d'entre eux sont fragmentés et difficiles à accéder. Un programme national de ECE permettrait de rationaliser le processus d'évaluation et d'autorisation, en garantissant que les IMG répondent à un ensemble uniforme de normes dans tout le pays et qu'ils bénéficient d'un accès équitable à ce programme.

3. **Mise en place d'un permis pancanadien pour améliorer la mobilité des médecins**
 - Le système actuel de permis d'exercer la médecine présente un certain nombre de difficultés pour les médecins, notamment des fardeaux financiers et administratifs.
 - Selon une enquête réalisée en 2022 auprès des membres de l'Association médicale canadienne (AMC), 95 % des personnes interrogées étaient favorables à l'octroi d'un permis pancanadien. 70 à 75 % d'entre eux ont affirmé que cela améliorerait l'accès aux communautés rurales/éloignées, aux soins primaires et aux soins spécialisés, et faciliterait les services virtuels.

Comprendre le système de santé canadien

Afin d'analyser les dépenses de santé au Canada, il faut tout d'abord reconnaître le paysage politique fondamental qui façonne la prestation des services de santé au Canada. L'élément déterminant de ce paysage est naturellement la Loi canadienne sur la santé de 1984, qui définit les cinq principes clés du système canadien [4] :

- **L'administration publique** : Les régimes provinciaux et territoriaux doivent être administrés et gérés sans but lucratif par une autorité publique responsable devant le gouvernement provincial ou territorial.
- **L'exhaustivité** : Les régimes provinciaux et territoriaux doivent assurer tous les services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes travaillant en milieu hospitalier.
- **L'universalité** : Les régimes provinciaux et territoriaux doivent permettre à tous les assurés de bénéficier d'une couverture d'assurance maladie selon des modalités uniformes.
- **Transférabilité** : Les régimes provinciaux et territoriaux doivent couvrir tous les assurés lorsqu'ils déménagent dans une autre province ou un autre territoire du Canada et lorsqu'ils voyagent à l'étranger. Les provinces et les territoires imposent certaines limites à la couverture des services fournis en dehors du Canada et peuvent exiger une autorisation préalable pour les services non urgents fournis en dehors de leur juridiction.
- **Accessibilité** : Les régimes provinciaux et territoriaux doivent fournir à tous les assurés un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires, sans obstacles financiers ou autres.

La formation de ces principes s'impose une compréhension tacite et un compromis avec la nature provinciale souveraine de la législation locale en matière de soins de santé qui fournit et paie directement les services vitaux ; la Loi sur la santé sert effectivement de force motrice pour imposer l'interopérabilité entre les 13 systèmes provinciaux et territoriaux uniques. En fait, le système centralisé Medicare lui-même est mieux défini comme un ensemble de normes soutenues par un cadre fédéral auquel les systèmes provinciaux et territoriaux adhèrent, produisant ainsi l'apparence d'un système national homogène qui est le point central de la fierté des Canadiens à travers le pays [5]. En dehors des organisations financées au niveau national (y compris les organismes de recherche) et des comités consultatifs d'interface, le rôle principal du gouvernement fédéral consiste simplement à fournir des paiements en espèces via le Transfert canadien en matière de santé afin de rémunérer les provinces et les territoires pour les services vitaux mentionnés [6]. Les gouvernements provinciaux disposent ainsi de l'autorité locale pour superviser et financer la prestation des services de santé, mais pas directement ; la grande majorité des services sont fournis par des organisations privées à but non lucratif ou même des entreprises à but lucratif, puis rémunérés selon un barème négocié de prestations [6].

Cette conception "patchwork" crée des complexités qui continuent d'avoir un impact sur le système de santé aujourd'hui. Par exemple, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (CADTH) sert comme organisme national chargé d'examiner les développements pharmacologiques et technologiques prometteurs. Cependant, les conclusions tirées par le CADTH sont finalement considérées comme des recommandations sur lesquelles les systèmes provinciaux et territoriaux doivent se prononcer en raison de la décentralisation de l'administration mentionnée ci-dessus [7]. Cela signifie que même si un nouvel agent thérapeutique peut être approuvé par le CADTH, il doit ensuite faire l'objet de longues procédures d'approbation provinciales pour que les patients puissent commencer à en bénéficier. D'un point

de vue économique, la réalité est que seuls 70,9 % de tous les services médicaux sont réellement financés par le public, le reste étant satisfait par des paiements privés, soit directement de la poche du patient, ou par le biais de régimes d'assurance privés généralement fournis par les employeurs [8].

Paysage actuel

Comparaison des dépenses de santé et des résultats au Canada

Alors que le Canada a toujours été considéré comme un pays modèle pour son système de santé public et universellement accessible, les dépenses du pays ont augmenté régulièrement au cours des dernières décennies. En conséquence, le Canada se classe aujourd'hui au premier rang des 38 pays membres de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour ce qui est des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) [1].

Le processus d'évaluation et de communication des performances du système de santé canadien est essentiel pour garantir la responsabilité et la transparence auprès des Canadiens. En comparant les performances des systèmes de santé de différents pays à celles du Canada, les décideurs politiques et les gouvernements provinciaux peuvent identifier les domaines d'amélioration importants et les mesures de qualité à cibler. L'un des rapports les plus complets comparant le système de santé canadien à celui d'autres pays développés est publié par l'Institut Fraser [1]. Ce rapport compare les performances, la valeur et l'efficacité des systèmes de santé des 38 pays membres de l'OCDE. Dans le cadre de son analyse, le rapport évalue l'efficacité du système de santé de chaque pays sur la base de deux facteurs : les dépenses de santé et la valeur de retour des soins de santé. Cette valeur est mesurée à l'aide de dizaines de résultats et de facteurs de qualité, mais ceux-ci se répartissent en quatre grandes catégories : la disponibilité des ressources, l'utilisation des ressources, l'accès aux ressources, ainsi que la performance et la qualité cliniques. Chacune de ces sections sera explorée afin de comprendre comment le Canada se classe parmi les autres pays développés.

Disponibilité des ressources

Les ressources humaines comprennent la main-d'œuvre nécessaire au fonctionnement des établissements de santé et des hôpitaux. Il s'agit notamment du nombre de médecins, d'infirmières, de techniciens et d'une multitude d'autres personnels de santé prêts à exercer. Cette main-d'œuvre dépend du capital physique - lits d'hôpitaux, machines d'imagerie et équipements - pour fournir des soins de haute qualité aux patients. Ensemble, ces deux facteurs constituent les principaux obstacles au bon fonctionnement du système de santé. Parmi les 30 pays de l'OCDE à revenu élevé qui disposent d'un système de santé universel, le Canada se situe au 28^e rang pour le nombre de médecins, au 13^e rang pour la disponibilité des infirmières, au 23^e rang pour les lits de soins somatiques (sur un total de 29), au 23^e rang pour les lits de soins psychiatriques par millier d'habitants (également sur 29) et au 9^e rang pour les lits de soins de longue durée par millier d'habitants âgés de 65 ans et plus (sur 16), le tout ajusté en fonction de l'âge [1].

Utilisation des ressources

Un autre facteur clé d'un système de santé efficace et rentable est l'utilisation des ressources disponibles. La simple mesure du montant total du capital humain et physique ne permet pas de déterminer le niveau d'efficacité auquel un système de soins de santé fonctionne. Si l'on ne tient pas compte de l'accessibilité et du taux d'utilisation des établissements de soins par les personnes ayant des besoins en matière de santé,

toute politique visant à augmenter le financement des soins de santé n'améliorera pas la productivité et la valeur d'un système de santé. Selon le rapport, après un ajustement en fonction de l'âge, le Canada est classé 16e sur 28 pays pour le nombre de consultations médicales par habitant, 27e sur 27 pour le taux de congés secondaires aux soins curatifs par 100 000 habitants, 18e sur 26 pour les IRM par millier d'habitants et 13e sur 26 pour les tomodensitométries (TDM) par millier d'habitants [1]. En conséquence, le Canada se classe constamment en dessous de la moyenne parmi les autres pays à revenu élevé de l'OCDE.

Accès aux ressources

La disponibilité et l'utilisation des ressources médicales donnent un aperçu de l'accessibilité, avec les mesures directes de l'accessibilité étant cruciales pour les dimensions physiques, financières et psychologiques. La rapidité des soins, souvent mesurée par les listes d'attente, est un aspect clé de l'accessibilité, les données objectives étant plus facilement disponibles. Au Canada, un pourcentage important de personnes souffrent d'effets négatifs sur leur vie en raison de l'attente pour les visites de spécialistes, les interventions chirurgicales non urgentes et les tests diagnostiques, ce qui se traduit par des inquiétudes, du stress, de l'anxiété, des douleurs et des difficultés dans la vie de tous les jours. Le Canada est mal classé parmi les pays dotés d'un système de santé à accès universel en ce qui concerne la rapidité des soins, notamment les rendez-vous le jour même, la facilité à trouver des soins après les heures de travail et les temps d'attente pour les rendez-vous chez les spécialistes et les interventions chirurgicales non urgentes. En dépit de son mauvais classement en matière de rapidité, la performance du Canada en matière de coût comme obstacle à l'accès s'aligne sur la moyenne d'une comparaison de 10 pays, se classant au 7e rang sur 10 [1].

Performances cliniques et résultats en matière de qualité

En ce qui concerne les soins primaires, le Canada se classe 14e sur 24 pour les taux d'amputation des membres inférieurs liés au diabète, ce qui correspond à la moyenne de l'OCDE [1]. En ce qui concerne les soins aigus, il se classe 7e sur 21 pour le taux de chirurgie des fractures de la hanche dans les 48 heures suivant l'admission, 9e sur 25 pour la mortalité à 30 jours après l'admission à l'hôpital pour un infarctus aigu du myocarde, ce qui est supérieur à la moyenne, 12e sur 25 pour la mortalité à 30 jours après l'admission à l'hôpital pour un accident vasculaire cérébral hémorragique, ce qui est similaire à la moyenne de l'OCDE, et 14e sur 25 pour la mortalité à 30 jours après l'admission à l'hôpital pour un accident vasculaire cérébral ischémique, ce qui est également similaire à la moyenne de l'OCDE [1]. Les soins de santé mentale démontrent d'un taux de 0,06 % de suicides chez les patients hospitalisés souffrant de troubles mentaux, ce qui place le Canada au 12e rang sur 18, et correspond à la moyenne de l'OCDE [1]. Dans le domaine des soins contre le cancer, le Canada se classe 5e sur 28 pour le taux de survie à 5 ans après le traitement du cancer du sein, 11e sur 28 pour le taux de survie à 5 ans après le traitement du cancer du col de l'utérus, 8e sur 28 pour le taux de survie à 5 ans après le traitement du cancer du côlon et 6e sur 28 pour le taux de survie à 5 ans après le traitement du cancer du rectum, tous ces résultats étant supérieurs à la moyenne [1]. Cependant, en termes de sécurité des patients, le Canada se classe au dernier rang (23e sur 23) en ce qui concerne les traumatismes obstétricaux lors d'un accouchement par voie vaginale avec ou sans instrument [1]. Dans l'ensemble, le Canada démontre de bonnes performances pour cinq indicateurs de performance clinique et de qualité, mais des performances moyennes ou médiocres pour six autres indicateurs [1].

Classement général

Le système de santé canadien a toujours été classé dans le 90e percentile parmi tous les pays. La récente mise à jour de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur l'espérance de vie en bonne santé (EVBS) à la naissance, où le Canada s'est classé 16e parmi plus de 170 pays en 2019, a marqué le meilleur classement de tous les pays des Amériques [9]. En outre, le Canada vante d'avoir la 15e espérance de vie à la naissance la plus élevée au monde, avec 82,24 ans, et se classe au 8e rang mondial pour l'espérance de vie à 60 ans, avec 25,0 ans [9]. Bien que le taux de mortalité infantile du Canada (4,5 décès pour 1 000 naissances vivantes) dépasse celui des États-Unis (5,4 décès pour 1 000 naissances vivantes), il est à la traîne comparé à celui de plusieurs pays européens comme le Royaume-Uni, l'Italie, l'Allemagne et la France [9]. Cependant, il est important de noter que le Canada inclut les bébés nés avec un poids inférieur à 500 grammes ou avant 22 semaines de gestation dans son calcul du taux de mortalité infantile, alors que ses homologues européens ne le font pas.

Impact sur les populations rurales et isolées

Les zones rurales et isolées constituent l'une des principales priorités dans la lutte contre les disparités en matière de soins de santé. Bien que 18 % de la population canadienne réside dans des communautés éloignées, celles-ci ne sont desservies que par 8 % des médecins qui pratiquent [10]. Il en résulte d'importants problèmes d'accès aux médecins de famille, aux soins spécialisés ainsi qu'aux examens de laboratoire et à l'imagerie pour les habitants des régions rurales et éloignées. La dispersion géographique rend difficile la mise en œuvre de soins coordonnés, ce qui est exacerbé par la pénurie de médecins de famille et de prestataires de soins primaires. Le financement actuel des soins de santé par habitant ne tient pas compte des coûts plus élevés de la prestation de soins dans ces régions éloignées, ce qui fait que ces communautés sont sous-financées et mal desservies. Des formules de financement adaptées qui tiennent en compte les réalités géographiques sont nécessaires pour combler cette lacune et garantir un accès équitable aux soins de santé.

Les progrès technologiques ont permis de combler les lacunes, tant historiques qu'actuelles, dans ces communautés, grâce à l'utilisation des soins virtuels pour faciliter les soins en collaboration avec des spécialistes dans des zones géographiques éloignées [11]. Malheureusement, de vastes régions du nord et des régions éloignées du Canada n'ont qu'un accès limité aux services internet et les habitants, tout comme les prestataires de soins de santé, manquent souvent de compétences, de matériel et de logiciels pour utiliser efficacement les services de télémédecine [12].

Par ailleurs, le Canada a mis en œuvre de nouvelles initiatives visant à promouvoir les unités de soins de santé mobiles, ainsi que des programmes d'incitation destinés à attirer les professionnels de la santé dans les régions éloignées et mal desservies [13]. Par exemple, en février 2024, il a été annoncé que le programme canadien d'exonération de remboursement du prêt d'études serait augmenté de 50 % pour les médecins et les infirmières travaillant dans des communautés rurales et éloignées mal desservies [14]. Avec ces changements, jusqu'à 60 000 dollars pour les médecins de famille et jusqu'à 30 000 dollars pour les infirmières et les infirmières praticiennes seront annulés [14]. Cette mesure devrait permettre d'attirer près de 1 200 nouveaux médecins et 4 000 nouvelles infirmières dans les communautés rurales et éloignées du Canada au cours des dix prochaines années [14].

Efforts passés et présents

Augmentation du financement annuel des soins de santé

Avant 1976, les soins de santé étaient financés par un engagement de partage des coûts à parts égales entre les gouvernements fédéral et provinciaux. La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, adoptée en 1957, prévoyait un financement fédéral des provinces à 50% du coût par habitant des services fournis dans les hôpitaux. La Loi sur les soins médicaux de 1966 a élargi ce financement pour couvrir 50% de tous les services médicaux assurés, des frais d'administration et des primes des patients [15].

Afin d'encourager les provinces à réduire les dépenses liées aux services hospitaliers et de prioriser des services moins coûteux tels que les soins à domicile, le partage des coûts à parts égales a été remplacé par des subventions globales dans le cadre auxquelles le gouvernement fédéral fournit des sommes fixes basées sur la croissance du produit national brut (PNB) par habitant [15]. Les subventions globales ont été mises en place par la loi sur le Financement des programmes établis en 1977 et constituent depuis le principal mode de financement fédéral des soins de santé, le transfert canadien en matière de santé ayant été institué dans le budget fédéral en 2004.

Depuis l'adoption des subventions globales, les initiatives en matière de dépenses de santé ont été principalement liées à l'ajustement du montant du financement fédéral reçu par les provinces. En février 2023, le gouvernement fédéral a annoncé une augmentation du financement de la santé pour les provinces et les territoires de 196,1 milliards de dollars sur 10 ans [16]. Lors de l'annonce la plus récente, en mai 2024, le gouvernement canadien a annoncé une augmentation garantie de 5 % par an des paiements du Transfert canadien en matière de santé (TCS) entre 2023-24 et 2027-28 aux provinces et aux territoires [17]. Cette année, grâce à la *Loi d'exécution du budget 2024, n° 1*, les provinces et les territoires recevront 52,1 milliards de dollars du gouvernement fédéral par le biais du TCS, ce qui représente le montant le plus important de l'histoire du Canada [17].

L'augmentation du budget de la santé au Canada, bien que bénéfique, ne résout pas les problèmes systémiques du système de santé, tels que la pénurie de médecins de famille, les longs délais d'attente, et bien d'autres indicateurs dans lesquels notre pays s'est révélé déficient. Les critiques ont fait valoir que malgré l'augmentation du financement, le Canada continue d'afficher des résultats médiocres, ce qui remet en question l'examen critique des problèmes plus profondément enracinés dans notre système [18, 19].

Mesurer les améliorations apportées aux priorités communes en matière de santé

En 2017, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FTP) ont élaboré une *Déclaration commune de priorités partagées en matière de santé*, qui souligne leur engagement à travailler en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour élaborer et communiquer des indicateurs communs de santé [20]. Plus précisément, ils ont mis au point 12 indicateurs communs couvrant les services de santé mentale et de toxicomanie, ainsi que l'accès aux soins à domicile et de proximité [21]. L'ICIS donne un compte rendu chaque année de ces 12 indicateurs pour aider à identifier les points forts et les lacunes de ces services. Dans le budget fédéral de 2023, le gouvernement canadien a annoncé un investissement supplémentaire de 200 milliards de dollars sur les dix prochaines années pour soutenir le plan *Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens* [20]. Ce plan définit huit

indicateurs communs supplémentaires et concentre les efforts sur les quatre priorités communes suivantes en matière de santé :

- élargir l'accès aux services de santé familiale, y compris dans les zones rurales et isolées
- soutenir les travailleurs de la santé et réduire les retards dans les services de santé tels que les opérations chirurgicales et les tests diagnostiques
- améliorer l'accès à des services de qualité en matière de santé mentale, des troubles d'usage et de toxicomanie
- moderniser le système de soins de santé avec des informations standardisées et des outils numériques afin que les prestataires de soins de santé et les patients aient accès à l'information électronique sur la santé

Santé Planification des ressources humaines

En moyenne, le Canada est derrière les autres pays de l'OCDE en termes de ressources humaines, avec seulement 2,41 médecins pour 1 000 habitants [22]. En mai 2022, Santé Canada a organisé un symposium sur les ressources humaines en santé (RHS) afin de réunir les parties prenantes des provinces et des territoires pour qu'elles s'alignent sur les priorités communes de la crise actuelle des RHS [24]. Ensemble, ils ont identifié plusieurs solutions clés, notamment la création d'une stratégie pancanadienne de données sur les effectifs de la santé. En outre, en décembre 2023, le gouvernement fédéral a lancé Effectif de la santé Canada, une organisation indépendante visant à faciliter le partage des données et la planification de soins à long terme, équitables et durables dans l'ensemble du pays [25]. L'AMC suit de près l'évolution de ces nombreuses initiatives et recommandations à multiples facettes dans le cadre de la planification globale des RHS [26].

Analyse du budget

Formule du transfert canadien en matière de santé

L'approche du gouvernement fédéral en matière de financement a considérablement évolué depuis la création du système public de santé canadien. Initialement (entre 1957 et 1977), le gouvernement fédéral couvrait 50 % des dépenses des provinces et des territoires pour les services hospitaliers et médicaux assurés [27]. Au fil du temps, le financement fédéral a évolué pour inclure une combinaison de transferts directs en argent et d'exemptions d'impôt. Le programme actuel de contributions fédérales aux soins de santé s'appelle le "Transfert canadien en matière de santé", qui distribue des fonds aux provinces et aux territoires sur la base d'un montant par habitant. Toutefois, pour recevoir ces fonds, les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent respecter les règles et règlements énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) [28]. En 2020-2021, 22% des dépenses de santé du secteur public étaient couvertes par ces fonds (45,9 milliards de dollars) [29].

Les fonds du Transfert canadien en matière de santé sont alloués sur une base per capita et sont "...adoptés pour croître en fonction d'une moyenne mobile sur trois ans du produit intérieur brut (PIB) nominal, avec un financement total garanti pour augmenter d'au moins 3 pour cent par an [29]". Les fonds du TCS peuvent être retenus si une province ou un territoire contrevient à la Loi canadienne sur la santé. Si la province ou le territoire corrige l'infraction, les fonds retenus peuvent être remboursés [29].

En 2007, le gouvernement fédéral a modifié la structure du Transfert social canadien et du Transfert canadien en matière de santé. Les changements, mis en œuvre en 2014/15, sont passés d'un système d'exemption d'impôts et d'argent par habitant à un système de transferts uniquement par habitant [30]. Certains chercheurs ont exprimé leur inquiétude quant à l'équité de ce changement de politique. Le système de santé canadien repose sur l'idée que tous les Canadiens méritent d'avoir accès à la même qualité de soins, quel que soit leur lieu de résidence. Cependant, les provinces diffèrent dans les défis qu'elles doivent relever pour fournir ce service public. Le modèle actuel du TCS alloue des fonds aux provinces en fonction de la taille de leur population, ce qui ne tient pas compte des différents facteurs de coûts des soins de santé dans les régions. Le vieillissement des populations, les maladies chroniques et la densité de population ont été identifiés comme des facteurs clés influençant la fourniture de soins de santé au niveau provincial. Si l'on ne tient pas compte de ces variations entre les provinces, une charge disproportionnée est imposée aux provinces dont les besoins en matière de soins de santé sont plus importants [31].

De nombreux chercheurs et organisations, dont l'AMC, ont plaidé en faveur d'une formule fondée sur les besoins qui tient compte de ces facteurs. Un article a proposé un ajustement spécifique en fonction de la démographie par âge de la population et de la dispersion géographique. Ainsi, les provinces dont les besoins en matière de soins de santé sont plus importants recevraient davantage de fonds afin de maintenir un accès équitable aux soins de santé universels.

Adaptation à la structure démographique de la population

Il est bien connu que l'âge est un indicateur couramment utilisé pour les besoins relatifs en matière de soins de santé. Les ajustements démographiques permettent de tenir compte du fait que les provinces dont la population est plus âgée, comme celles du Canada atlantique, sont confrontées à des coûts de santé plus élevés en raison de la demande accrue de services médicaux de la part des personnes âgées. Des

exemples de ce cadre sont déjà mis en œuvre au niveau régional. Au Canada, par exemple, les allocations de fonds du Ministère de la santé aux autorités sanitaires régionales de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de la Saskatchewan ont déjà été ajustées en fonction de l'âge, du sexe et du statut socio-économique de la population [32].

Des chercheurs ont suggéré d'utiliser une formule de capitation modifiée qui ajuste le financement par habitant en fonction de la structure d'âge de la population. Un article de Marchildon & Mou de l'Université de Saskatchewan décrit cette formule ajustée pour l'âge en calculant les dépenses totales du régime public d'assurance-maladie (RPA) d'une province comme la somme du produit des dépenses moyennes du RPA pour chaque groupe d'âge de cinq ans et de la population provinciale prévue dans le groupe d'âge respectif [33]. Le montant total du TCS pour cette province est alors basé sur la part de la province dans les dépenses totales de l'assurance-maladie au niveau national. Cette formule a été proposée comme suit [33] :

Allocation TCS ajustée pour l'âge par province/territoire =

$$\text{Total TCS} \times \frac{(\text{Coût moyen national pour la RPA pour cette tranche d'âge} \times \text{population provinciale pour cette tranche d'âge})}{\text{Total national}}$$

Sur la base de cette proposition de formule ajustée pour l'âge, les chercheurs ont constaté que pour l'année 2014/2015, la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Québec et les quatre provinces de l'Atlantique recevraient plus de fonds du TCS par habitant par rapport à la formule égale par habitant, tandis que l'Alberta, le Manitoba et l'Ontario en recevraient moins [33].

Adaptation à la répartition géographique de la population

Il est largement reconnu que les régions rurales et éloignées des provinces sont confrontées à des défis logistiques et d'infrastructures uniques en matière de prestation de soins de santé. Les coûts de transport sont plus élevés, les établissements de santé sont moins nombreux et les communautés isolées ont besoin de services spécialisés. Tous ces facteurs entraînent des coûts de santé supplémentaires pour ces populations. Tenir compte de la répartition géographique, c'est reconnaître ces différences et garantir un accès adéquat aux soins de santé.

Cet ajustement consisterait à faire en sorte que les provinces à forte population rurale ou éloignée reçoivent un soutien financier plus important pour compenser les coûts plus élevés associés à la fourniture de soins de santé dans ces régions. L'une des méthodes proposées consiste à ajouter 50 % par financement pour tous les individus vivant à plus de 80 km d'une agglomération d'au moins 5 000 habitants [33]. La formule a été proposée comme suit [33] :

Allocation TCS ajustée pour la dispersion pour une province/territoire =

$$\text{TCS total} \times \frac{\text{Population provinciale} \times \text{TCS par habitant} \times (1 + 50\% \times \text{pourcentage de la population en milieu rural})}{\text{Total national}}$$

Enfin, la formule proposée pour tenir compte de la répartition par âge et de la répartition géographique de la population est la suivante [33] :

Allocation TCS ajusté pour l'âge et la dispersion géographique pour une province/territoire =

$$\text{TCS total} \times \frac{\text{Population provinciale} \times \text{Âge - TCS ajusté} \times (1 + 50\% \times \text{pourcentage de la population en milieu rural})}{\text{Total national}}$$

La mise en œuvre de ces nouvelles considérations favoriserait l'équité et garantit que toutes les provinces puissent atteindre la norme nationale en matière de services de santé.

Budget et responsabilité des provinces

Les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux représentent plus de 75% des dépenses de santé du secteur public [29]. Les soins de santé représentent une dépense importante, et l'évolution démographique de la population contribue à alourdir le fardeau des gouvernements provinciaux et territoriaux [34]. Les Premiers ministres provinciaux ont demandé au gouvernement fédéral d'augmenter sa contribution financière à 35 % des dépenses de santé du secteur public, mais la contribution fédérale ne s'est élevée qu'à 24 % dans l'accord de financement conclu au début de 2023 [35].

Les budgets globaux sont la principale méthode d'allocation des fonds du secteur public de la santé dans les provinces et les territoires. Cette méthode s'appuie sur les budgets précédents et les estimations de l'inflation pour fournir des paiements fixes aux autorités sanitaires, aux hôpitaux ou à d'autres établissements de soins afin de couvrir les dépenses de fonctionnement annuelles prévues [36]. Les budgets globaux sont fixes, non adaptables et ne fournissent que peu d'incitations à l'innovation ou aux initiatives d'efficacité. Une alternative à ce modèle budgétaire est le financement par activité, où les ressources financières sont allouées sur la base des services fournis, en tenant compte "...des caractéristiques des patients telles que le diagnostic et la complexité, ainsi que du volume et de l'intensité anticipé des soins" [37]. Les partisans du financement à l'activité soutiennent qu'il permettra de réorienter le système de santé canadien vers l'efficacité et l'innovation, mais ses détracteurs estiment qu'il pourrait encourager les hôpitaux à donner prématurément aux patients leur congé de l'hôpital avant qu'ils ne soient prêts à réintégrer la communauté [37]. Au niveau international, peu de pays utilisent exclusivement des budgets globaux et le Canada semble suivre le mouvement. Plusieurs provinces ont lancé des initiatives pour passer à des modèles de financement mixtes [36].

Formation et autorisation d'exercer la médecine pour les diplômés internationaux en médecine (IMG)

Actuellement, 6,5 millions de personnes au Canada n'ont pas accès à un médecin de famille, et ce nombre devrait atteindre 10 millions au cours de la prochaine décennie. Nous avons déjà pu constater directement l'impact de cette grave pénurie, avec l'augmentation de la pression sur les services d'urgence, l'allongement des temps d'attente et la détérioration des résultats en matière de santé - autant d'éléments qui font que notre pays est toujours moins performant que ses homologues internationaux, malgré ses dépenses de santé excessives. Repenser les dépenses de santé, c'est d'abord et avant tout s'attaquer à la crise des soins primaires.

À l'heure actuelle, les diplômés internationaux en médecine (IMG) doivent suivre une procédure en plusieurs étapes pour pratiquer au Canada, notamment vérifier leurs qualifications médicales auprès du Conseil médical du Canada (CMC) et passer l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada (EACMC) [38]. Certaines provinces exigent également que les IMG passent l'examen clinique objectif structuré de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (ECOS de la CNE), qui évalue les compétences cliniques. Les IMG doivent ensuite poser leur candidature à un poste de résidence par l'intermédiaire du service canadien de jumelage des résidents (CaRMs), qui est un processus hautement compétitif avec un nombre limité de places réservées aux IMG. Enfin, une fois jumelés, les IMG doivent suivre un programme de résidence, obtenir l'autorisation d'exercer auprès de l'organisme de réglementation de leur province ou territoire et, dans certaines provinces, se soumettre à une évaluation de la capacité à exercer (ECE) [39].

Les IMG ont le potentiel de combler la pénurie de médecins, mais ce processus complexe rend la tâche difficile. Le nombre de places en résidence est limité et les IMG ont du mal à faire reconnaître leurs compétences et leurs qualifications. À l'heure actuelle, seuls 39 % des IMG obtiennent une place en résidence, et seulement 18 % y parviennent lors du deuxième tour [40]. Cela met en évidence un décalage important dans notre système.

Récemment, le gouvernement fédéral a annoncé un investissement de 200 milliards de dollars pour améliorer la planification de la santé et de la main-d'œuvre, en mettant notamment l'accent sur la formation et l'autorisation d'exercer des IMG [41]. Il est essentiel d'augmenter le nombre de postes de résidence médicale pour les IMG. Bien que le gouvernement prévoit d'ajouter 120 nouveaux postes de résidence médicale pour les IMG, il faut aller plus loin, non seulement pour soutenir leur formation, mais aussi pour améliorer la pénurie au niveau national. Souvent, l'un des principaux obstacles est l'accès à une place de résidence ou à une ECE, même si les IMG possèdent les titres de compétences correspondants. Un rapport récent préconise le financement de 750 places de résidence supplémentaires par an pour les IMG [40]. À ce rythme, cette initiative permettrait d'ajouter 6 000 nouveaux médecins de famille prêts à exercer en l'espace d'une décennie. Ces nouveaux médecins de famille serviraient environ 1 500 patients chacun, ce qui équivaut à environ 1,1 million de Canadiens supplémentaires par an pour chaque cohorte de IMG qui sort de la résidence [40]. Le même rapport a calculé que ces dépenses ne représentent que 0,2 % des 52 milliards de dollars que le gouvernement fédéral donne aux provinces et aux territoires pour l'exercice 2024-25 dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé [40].

En plus d'augmenter le nombre de places de résidence pour les IMG, il est également nécessaire de mettre en place un programme national de ECE [26]. La ECE permet à un IMG d'évaluer ses compétences en

milieu clinique sur une période de 12 semaines. Il n'existe que quelques programmes de ECE disponibles au niveau national, répartis sur neuf programmes. De plus, l'accès à ces ECE est souvent compliqué, et il demande beaucoup de temps pour s'organiser avec l'employeur et l'organisme de réglementation provincial. Depuis 2018, seuls 1 000 IMG ont obtenu leur diplôme dans le cadre d'un programme de ECE pour accéder à la médecine familiale au Canada [40]. Un programme national de ECE simplifierait le processus d'évaluation et d'autorisation d'exercer, garantissant que les IMG répondent à un ensemble cohérent de normes dans tout le pays et bénéficient d'un accès équitable à ce programme [40]. En outre, ce programme serait moins coûteux que d'ajouter des places de résidence, ce qui se traduirait par un plus grand nombre de médecins de famille qui pourraient prendre soin des communautés [40].

Mise en place d'un permis pancanadien

L'autorisation d'exercer pancanadienne fait référence à la capacité des médecins à se former et à pratiquer la médecine dans n'importe quelle juridiction canadienne sans avoir à demander ou à payer pour plus d'une autorisation d'exercer. À l'heure actuelle, la délivrance des permis relève de l'autorité de chaque ordre des médecins (délivrant des permis) provincial et territorial (ODM). Les médecins doivent s'inscrire auprès d'un ODM et obtenir un permis médical auprès de celui-ci pour pouvoir se former ou pratiquer dans la province ou le territoire correspondant.

Le système actuel présente un certain nombre de difficultés pour les médecins. L'autorisation d'exercer la médecine nécessite une longue procédure de demande et des milliers de dollars de frais, ce qui augmente les charges administratives et financières des médecins qui souhaitent exercer dans plusieurs provinces. Ces charges peuvent dissuader les médecins d'exercer dans plusieurs provinces, ce qui a pour effet de cloisonner le personnel médical et de limiter la mobilité. Cette situation a des conséquences pour les populations rurales et isolées qui souffrent d'une inaccessibilité géographique aux soins de santé et de pénuries fréquentes de médecins et d'autres professionnels de la santé. La prestation de soins virtuels permet également d'atténuer les problèmes d'inaccessibilité en milieu rural, mais elle est limitée par le cloisonnement actuel du personnel médical au niveau provincial. Enfin, les restrictions en matière d'autorisation d'exercer compliquent également la tâche des patients qui traversent les frontières. Après trois mois dans une nouvelle province ou un nouveau territoire, les patients ne sont plus couverts par les soins des médecins de leur province ou territoire d'origine, ce qui les oblige à s'inscrire sur des listes d'attente pour avoir accès à des prestataires locaux. D'autres services comme l'imagerie diagnostique, les tests de laboratoire et les ordonnances ne peuvent pas être commandés d'une province ou d'un territoire à l'autre, ce qui signifie qu'un patient doit accéder à ces services dans la même province que son médecin.

Les avantages d'un permis pancanadien sont multiples et répondent directement aux préoccupations susmentionnées :

- La création d'une filière unique pour l'enregistrement des médecins permettrait (1) d'accroître l'efficacité de la réglementation et (2) de réduire les charges administratives et financières pesant sur les médecins qui souhaitent exercer dans plusieurs provinces.
- Accroître la mobilité des médecins entre les provinces, afin qu'ils puissent plus facilement effectuer des remplacements en milieu rural en cas de pénurie de personnel ou de congés, de congés parentaux ou de congés d'études.
- Faciliter les soins virtuels interprovinciaux, en offrant un accès plus rapide aux services primaires et spécialisés, en particulier pour les populations rurales.
- Permettre aux patients qui se déplacent d'une province à l'autre de conserver le même médecin et d'accéder à des services de santé auxiliaires (par exemple, imagerie diagnostique, travaux de laboratoire) partout au Canada.
- Mieux faciliter et intégrer la planification et la réactivité du personnel de santé au niveau national.
- Accroître la sécurité des patients en créant une procédure unique pour les mesures disciplinaires, en empêchant les médecins d'éviter les sanctions en changeant de juridiction.
- Création d'une structure tarifaire pancanadienne.

Selon une enquête menée en 2022 auprès des membres de l'AMC, 95 % des répondants étaient favorables à l'octroi d'un permis d'exercice pancanadien. De 70 à 75 % d'entre eux ont affirmé que cela améliorerait l'accès aux communautés rurales ou éloignées, aux soins primaires et aux soins spécialisés, et faciliterait

les services virtuels. En outre, 67 % des répondants ont indiqué que cela les inciterait à rechercher des suppléants interprovinciaux et 69 % ont déclaré que cela les encouragerait à rechercher une pratique à temps partiel à la retraite [42].

En créant un mécanisme d'autorisation d'exercer pancanadien, les législateurs peuvent s'inspirer de l'exemple australien de permis national ainsi que du nouveau Registre de l'Atlantique au Canada. En 2010, l'Australie a adopté un système de permis de pratique dans toutes les juridictions pour un certain nombre de professionnels de santé, y compris les médecins [43]. Depuis sa mise en œuvre, ce système a permis d'améliorer la sécurité des patients, la mobilité des médecins et de faciliter la planification des effectifs [44]. À partir de mai 2023, les quatre provinces du Canada atlantique ont créé un registre permettant aux médecins de se déplacer et d'exercer librement dans la région. Ces exemples montrent clairement qu'il est possible d'obtenir un permis pancanadien.

Les détracteurs de l'autorisation nationale d'exercer soulèvent les considérations ou les difficultés suivantes:

- Difficultés à concilier les différences juridiques et politiques relatives à l'autorisation d'exercer la médecine entre les provinces.
- La possibilité que la capacité d'accepter des placements interprovinciaux à titre de suppléants incite les médecins à choisir de préférence des suppléants plutôt qu'une pratique à long terme dans un seul endroit. Cela pourrait avoir pour effet d'exacerber l'inaccessibilité des services de santé en milieu rural.
- Réduction de la responsabilité réglementaire si l'enregistrement et la surveillance se font au niveau national plutôt que provincial.

Notre plaidoyer en faveur de l'autorisation d'exercer à l'échelle nationale doit tenir compte des considérations ci-dessus. Un article décrit une approche pratique pour aller de l'avant avec l'autorisation d'exercer pancanadienne, notamment [46] :

- Les régulateurs travaillent au niveau juridictionnel.
- Favoriser une procédure uniforme d'enregistrement médical.
- Créer une base de données nationale partagée par les régulateurs, contenant des informations sur l'enregistrement, les plaintes, les mesures disciplinaires et les informations sur la conformité.
- Créer un mécanisme par lequel les restrictions disciplinaires sont maintenues dans toutes les juridictions si un médecin inscrit est sanctionné.
- Mettre en place une agence de surveillance pancanadienne des régulateurs juridictionnels.

References

1. Moir M. Comparing Performance of Universal Health Care Countries, 2023.
2. Wright T. Canada facing family doctor shortage: national survey finds 6.5 million without regular physician. National Post.
<https://nationalpost.com/health/canada-family-doctor-shortage#:~:text=According%20to%20a%20nationa%20survey,other%20%E2%80%9Cminor%E2%80%9D%20health%20problem>. Published October 6, 2023. Accessed October 15, 2024.
3. Angus Reid Institute. Majority of Canadians skeptical about new health care funding improving access to care. Angus Reid Institute.
<https://angusreid.org/cma-health-care-access-priorities-2023/#:~:text=A%20majority%20of%20Canadian%20believe%20this%20new%20funding%20will%20improve,will%20have%20no%20effect%20whatsoever>. Published August 2, 2023. Accessed October 15, 2024.
4. Health Canada. Canada's health care system. Government of Canada.
<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>. Published November 23, 2021. Accessed October 15, 2024.
5. CTV News Staff. Poll: Canadians are most proud of universal Medicare. CTV News.
<https://www.ctvnews.ca/canada/poll-canadians-are-most-proud-of-universal-medicare-1.1052929>. Published November 12, 2012. Accessed October 15, 2024.
6. Marchildon GP. Canada, health system of. In: International Encyclopedia of Public Health. 2008:381-391.
7. Advisory Panel on Healthcare Innovation. Unleashing Innovation: Excellent Healthcare for Canada. Health Canada.
<https://healthycanadians.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-eng.pdf>. Published July 2015. Accessed October 15, 2024.
8. Flood CM, Haugan A. Is Canada odd? A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care. Health Econ Policy Law. 2010;5(3):319-341.
9. Healthy life expectancy (HALE) at birth (years) [Internet]. World Health Organization.
<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-birth>. Accessed March 9, 2024.
10. Wilson CR, Rourke J, Oandasan IF, Bosco C. Progress made on access to rural health care in Canada. Can Fam Physician. 2020;66(1):31-36.
11. Gagnon MP, Duplantie J, Fortin JP, et al. Implementing telehealth to support medical practice in rural/remote regions: What are the conditions for success? Implement Sci. 2006;1(1):18. doi:10.1186/1748-5908-1-18.
12. Gillespie J. Health disparities for Canada's remote and northern residents: can COVID-19 help level the field? J Bioeth Inq. 2023;20(2):207-213.
13. Allin S, Veillard J, Wang L, Grignon M. How can health system efficiency be improved in Canada? Healthcare Policy. 2015;11:33-45.
14. Employment and Social Development Canada. Government of Canada increases loan forgiveness for doctors and nurses working in under-served rural and remote communities. Canada.ca.
<https://www.canada.ca/en/employment-social-development/news/2024/02/government-of-canada-increases-loan-forgiveness-for-doctors-and-nurses-working-in-under-served-rural-and-remote-communities.html>. Published February 13, 2024. Accessed October 15, 2024.
15. Naylor CD, Boozary A, Adams O. Canadian federal-provincial/territorial funding of universal health care: fraught history, uncertain future. CMAJ. 2020;192(45) doi:10.1503/cmaj.200143.

16. Health Canada. Working together to improve health care for Canadians. Ottawa, ON: Health Canada; 2023.
17. Deputy Prime Minister of Canada. Budget 2024: Stronger public health care to lift every generation. Government of Canada. <https://deputypm.canada.ca/en/news/news-releases/2024/05/21/budget-2024-stronger-public-health-care-lift-every-generation>. Published May 21, 2024. Accessed October 15, 2024.
18. Fraser Institute. Endless spending increases will not fix Canada's health care system. Fraser Institute. <https://www.fraserinstitute.org/blogs/endless-spending-increases-will-not-fix-canadas-health-care-system>. Published October 11, 2023. Accessed October 15, 2024.
19. Angus Reid Institute. CMA health care access priorities 2023. Angus Reid Institute. <https://angusreid.org/cma-health-care-access-priorities-2023/>. Published August 2, 2023. Accessed October 15, 2024.
20. Health Canada. Shared health priorities. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/shared-health-priorities.html>. Published June 25, 2022. Accessed October 15, 2024.
21. Canadian Institute for Health Information. Shared health priorities. Canadian Institute for Health Information. <https://www.cihi.ca/en/shared-health-priorities>. Published April 2023. Accessed October 15, 2024.
22. Canadian Medical Association. Quick facts: Canada's physicians. Canadian Medical Association. <https://www.cma.ca/quick-facts-canadas-physicians>. Published August 2023. Accessed October 15, 2024.
23. Canadian Medical Association. Access to care: A key priority for Canadians. Canadian Medical Association. <https://policybase.cma.ca/viewer?file=%2Fmedia%2FBriefPDF%2FBR2023-05.pdf#page=1>. Published May 2023. Accessed October 15, 2024.
24. Health Canada. Summary report: Symposium on health human resources. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/health-human-resources/summary-report-symposium.html>. Published December 8, 2022. Accessed October 15, 2024.
25. Canadian Health Workforce Network. Canadian Health Workforce Network. <https://healthworkforce.ca/>. Accessed October 15, 2024.
26. Canadian Medical Association. Health human resources policy recommendations: Progress report and calls to action. Canadian Medical Association. https://digitallibrary.cma.ca/viewer?file=%2Fmedia%2FDigital_Library_PDF%2F2024%2520HHR%2520policy%2520recommendations%2520progress%2520report%2520and%2520calls%2520to%2520action%2520202404%2520EN.pdf#page=1. Published April 2024. Accessed October 15, 2024.
27. Health Canada. Canada's health care system. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>. Published November 23, 2021. Accessed October 15, 2024.
28. Department of Finance Canada. Canada Health Transfer. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/department-finance/programs/federal-transfers/canada-health-transfer.html>. Accessed October 15, 2024.
29. Ontario Medical Association. Canada Health Transfer: An overview. Ontario Medical Association. <https://www.oma.org/siteassets/oma/media/public/hcp-factsheet-canada-health-transfer.pdf>. Published 2023. Accessed October 15, 2024.
30. Duxbury L, Higgins C. Work-life balance in the new millennium: Where are we? Where do we need to go? Canadian Public Administration. 2012;55(4):522-546. doi:10.1111/j.1754-7121.2012.00230.x.
31. Victoria News. RDN suggests federal health transfers should factor in B.C.'s aging population. Victoria News.

- <https://www.vicnews.com/news/rdn-suggests-federal-health-transfers-should-factor-in-bcs-aging-population-7314651>. Published October 11, 2023. Accessed October 15, 2024.
32. Doctors of BC. Regionalizing health care budgets in BC: A proposal for a more equitable health care system. Doctors of BC. https://www.doctorsofbc.ca/sites/default/files/regionalizing_health_care_budgets_in_bc.pdf. Published September 2023. Accessed October 15, 2024.
 33. Marchildon G, Mou H. A needs-based allocation formula for Canada Health Transfer. *Can Public Policy*. 2014;40(3):209-223.
 34. Canadian Institute for Health Information. Age-adjusted public spending per person. Your Health System. <https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief#!/indicators/014/age-adjusted-public-spending-per-person/:mapC1;mapLevel2;/>. Accessed October 15, 2024.
 35. Hagel C, Naylor CD. Canada's health care crisis: Will the premiers come together to solve it? *CMAJ*. 2023;195(9) doi:10.1503/cmaj.230197.
 36. Healthcare Funding Canada. Current funding issues. Healthcare Funding Canada. <https://healthcarefunding.ca/key-issues/current-funding/>. Accessed October 15, 2024.
 37. Kirkland L, Coyle D, Tanuseputro P, et al. The impact of the introduction of a family medicine resident on patient outcomes in long-term care. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:265. doi:10.1186/1472-6963-14-265.
 38. Medical Council of Canada. Pathways for international medical graduates. Medical Council of Canada. <https://mcc.ca/credentials-and-services/pathways-to-licensure/pathways-for-international-medical-graduates/>. Accessed October 15, 2024.
 39. Medical Council of Canada. Practice Ready Assessment. Medical Council of Canada. <https://mcc.ca/examinations-assessments/practice-ready-assessment/>. Accessed October 15, 2024.
 40. Imdvar R. International Medical Graduates (IMGs) in Canada: A report on the current landscape and recommendations for change. Ratna Omidvar. <https://www.ratnaomidvar.ca/wp-content/uploads/2024/10/IMG-Report-Design-EN.pdf>. Published October 2024. Accessed October 15, 2024.
 41. Health Canada. Supporting Canada's health workers by improving health workforce research, planning, and data. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2024/07/supporting-canadas-health-workers-by-improving-health-workforce-research-planning-and-data0.html>. Published July 25, 2024. Accessed October 15, 2024.
 42. Canadian Medical Association. Pan-Canadian licensure. Canadian Medical Association. <https://www.cma.ca/our-focus/pan-canadian-licensure>. Accessed October 15, 2024.
 43. Australian Government Department of Health. National Registration and Accreditation Scheme. Australian Government Department of Health. <https://www.health.gov.au/our-work/national-registration-and-accreditation-scheme>. Accessed October 15, 2024.
 44. Healthy Debate. A pan-Canadian licensure model: Addressing the physician workforce crisis. Healthy Debate. <https://healthydebate.ca/2023/07/topic/pan-canadian-licensure-model/>. Published July 12, 2023. Accessed October 15, 2024.
 45. College of Physicians and Surgeons of Prince Edward Island. Atlantic Registry. College of Physicians and Surgeons of Prince Edward Island. <https://www.cpspei.ca/atlantic-registry/>. Accessed October 15, 2024.
 46. Ma H, Fenn D, Knott J, et al. An assessment of the effectiveness of international medical graduate (IMG) assessment in Canada: A scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):950. doi:10.1186/s12913-022-08134-1.

