

# Provincial Leadership and Green Shoots: Where to Look for Innovation

**T**HE RECENT FEDERAL ELECTION HIGHLIGHTED AN UNFORTUNATE FACT: THE national political parties were not able or willing to prioritize and champion the needed health reforms to be enacted by provinces. Each of the national parties offered few innovations beyond spending more money in the same way to buy access to family physicians.

There are many serious problems with provincial and territorial healthcare systems beyond accessing a family physician – there is palpable disappointment among healthcare experts with national parties’ lack of thought leadership in healthcare.

The federal parties have shown that they are unable to articulate innovative ideas to meaningfully address the complex problems of provincial and territorial health systems. For everyone, this state of affairs should crystallize the idea that the federal government will not be leading solutions to the country’s most pressing healthcare problems anytime soon.

Where does this leave Canadians looking for meaningful reform to healthcare delivery? In the short and medium terms, provinces and territories will have to develop and lead with innovative solutions that fit the context of their province or territory.

## Provincial Innovation

There are green shoots that suggest some optimism for beleaguered healthcare-consuming Canadians and their families.

The premier of Alberta recently announced an overhaul of Alberta’s policies used to fund acute care (Province of Alberta 2025). Alberta’s new policies of funding hospitals based on their activities are consistent with how Ontario and many European countries with health systems similar to ours fund their hospitals (European Observatory on Health Systems and Policies 2011), though the devil is in the details.

Transforming the way hospitals are remunerated is a profound shift for the acute care sector, which is unaccustomed to competing for revenue or matching costs with prices

(C.D. Howe 2013). The downside risk to Albertans is low, as inefficient hospitals are unlikely to be allowed to fail by the government. The upside risks to Albertans are increasing the volume of hospital care and decreasing the cost per case (Province of Alberta 2025). The Province of Quebec also appears poised to further implement the same policies in its push for better access to hospitals, referred to as “financement axé sur le patient,” or FAP (Province of Quebec 2023).

Large-scale health system innovation is also slowly progressing in Ontario. The Ontario Health Team model is a nascent policy initiative, which has long-term goals that include creating incentives for preventive health, aging at home, longitudinal care coordinated by multidisciplinary teams and reducing congestion of hospitals (Ontario Health 2024). The Ontario Health Team model preserves options for future governments to implement capitation-type payment models for Ontario Health Teams, funding healthcare providers for the health of the population in their region.

Ontario proceeding with these policy objectives may represent the “holy grail” of healthcare funding by creating financial incentives for addressing vertical and horizontal inequities in health. Ontario’s experiment with Ontario Health Teams presents a bold vision – there are few international settings where population- and team-based longitudinal healthcare models are successful, and there are many legislative, policy and workflow-related barriers to progress that Ontario will need to overcome to succeed.

There are also provinces bereft of meaningful innovations addressing their healthcare systems’ problems. British Columbia, Saskatchewan and Manitoba are examples where voters should reflect on their governments’ barely sufficient reform-oriented policies. Without change, these provinces should expect more of the same.

As provinces increasingly claim ownership over healthcare transformation – without the encumbrance of standardization coordinated by Health Canada – it is entirely predictable that provinces’ health systems will forge ahead in disparate directions. The new policy initiatives of Alberta, Quebec and Ontario highlight that there are few commonalities between them. While differences between provinces’ health systems are not inherently “bad,” it is worthwhile to note that what is recognized as public healthcare services in one province may not be considered public healthcare services in another.

On the whole, provinces and territories are clearly in the driver’s seat regarding healthcare transformation. With several provinces’ governments pushing forward with innovation-based agendas and some electing to stand pat, it is worth reflecting on the potential impacts of whether there is value in provinces and territories moving in the same direction.

## In This Issue

This issue of *Healthcare Policy* is led by a Discussion and Debate article focused on adolescents’ access to abortion care across Canada (Cattapan et al. 2025). The interprovincial policy comparisons reveal instances of unclear or contradictory provincial legislation that

result in differences in youth's ability to access abortion care. The editorial concludes with a number of recommendations for reducing barriers to abortion care, including revising legislation and consenting processes.

A rejoinder by Haley and Motamedi (2025) extended the preceding article's focus on access to abortion care. Applying an intersectional framework to the healthcare needs of adolescents, the authors provide different insights into barriers to equitable access to abortion care among marginalized groups. The authors provide clear recommendations for reducing barriers, including creating welcoming spaces, a sense of safety and fostering personhood and autonomy that destigmatizes abortion access.

A second Discussion and Debate article focuses on interactions between health services and policy researchers with senior policy makers (Paprica et al. 2025). Framed as a researcher's balancing act between advice and advocacy, the article highlights the risk that health services and policy researchers bear through their research activities. The authors offer a number of strategies for reducing researchers from being perceived as issue advocates.

A rejoinder to the preceding article provides a different perspective on interactions between health services and policy researchers with senior policy makers (Forest 2025). The article proposes that the impact of health services and policy researchers on government policy is lesser than expressed by Paprica et al. (2025), since researchers are rarely involved in government's core policy tasks led by political leaders and decision making processes that incorporate input from a range of input channels beyond researchers, including public opinion polling, platform commitments and lobbying campaigns.

A Data Matters article by Contandriopoulos and Bertoni (2025) analyses recently released Canadian Institute for Health Information data regarding the proportion of Canadians who report having a regular healthcare provider. Variability in the prevalence of nurse practitioners (NPs) across provinces is highlighted. The article concludes that there is building evidence that NPs are granted more autonomy within their scope of practice only when access to care becomes critically constrained, and that the *Canada Health Act* (1985) also applies to NP-delivered services, potentially affecting NPs' ability to privately bill patients for their services.

Using a survey-based design, Quelch (2025) reports on themes associated with accessing fertility services, such as at fertility clinics or online support groups. The study summarized women's perceptions and experiences associated with accessing in vitro fertilization (IVF) in British Columbia. The results revealed important barriers to IVF, including regional variation and patient-borne costs. The author concludes that British Columbia's recently announced fertility program should reflect the barriers reported by women seeking IVF services.

In the setting of Alberta, Jajszczok et al. (2025) conducted a retrospective analysis of anonymized homecare costs and homecare utilization. The authors report that increased

spending and utilization of home care were associated with decreased acute care utilization. The authors conclude that similar analyses are needed in all provinces to provide new insights into how healthcare resources should be allocated across sectors and how healthcare services are consumed by residents based on where they live.

JASON M. SUTHERLAND, PHD  
*Editor-in-Chief*

## References

- Canada Health Act* (R.S.C., 1985, c. C-6). Government of Canada. Retrieved May 21, 2025. <<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/>>.
- C.D. Howe Institute. 2013, April 17. Paying for Hospital Services: A Hard Look at the Options. Retrieved May 2, 2025. <<https://cdhowe.org/publication/paying-hospital-services-hard-look-options/>>.
- Cattapan, A., K. Hammond and E. McGrath. 2025. Adolescent Access to Abortion Care in Canada: Age, Capacity and Parental Consent. *Healthcare Policy* 20(3): 15–22. doi:10.12927/hcpol.2024.27474.
- Contandriopoulos, D. and K. Bertoni. 2025. What Explains Interprovincial Differences in the Uptake of Autonomous NP Primary Care Practice? *Healthcare Policy* 20(3): 40–45. doi:10.12927/hcpol.2025.27601.
- European Observatory on Health Systems and Policies. 2011, May 31. Diagnosis Related Groups in Europe. Retrieved May 2, 2025. <<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/diagnosis-related-groups-in-europe>>.
- Forest, P.-G. 2025. Commentary: Risk and Causality: The Contribution of Policy Researchers to Public Decisions. *Healthcare Policy* 20(3): 35–39. doi:10.12927/hcpol.2025.27615.
- Haley, T.L. and G. Motamedi. 2025. Adolescents, Marginalization(s) and Abortion Care in Canada. *Healthcare Policy* 20(3): 23–26. doi:10.12927/hcpol.2025.27600.
- Jajszczok, M., C.A. Eastwood, M. Lu, C. Cunningham and H. Quan. 2025. Impacts of Home Care Investments in Alberta: Ecological and Economic Trend Analysis. *Healthcare Policy* 20(3):58–77. doi:10.12927/hcpol.2025.27616.
- Ontario Health. 2024. Ontario Health Teams. Retrieved May 2, 2025. <<https://www.ontariohealth.ca/system-planning/ontario-health-teams>>.
- Paprica, P.A., W.P. Wodchis and K.M. McGrail. 2025. Advice or Advocacy – Varying Perceptions of Health Services and Policy Researcher Activities. *Healthcare Policy* 20(3): 27–34. doi:10.12927/hcpol.2025.27519.
- Province of Alberta. 2025. Patient-Focused Funding. Retrieved May 2, 2025. <<https://www.alberta.ca/patient-focused-funding>>.
- Province of Quebec. 2023, June 2. Québec fait un pas de plus pour financer les établissements de santé en fonction des besoins des patients. Retrieved May 2, 2025. <<https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/quebec-fait-un-pas-de-plus-pour-financer-les-etablissements-de-sante-en-fonction-des-besoins-des-patients-48381>>.
- Quelch, J. 2025. Conceiving Policy Design: Perspectives From Women Pursuing IVF in British Columbia. *Healthcare Policy* 20(3): 46–57. doi:10.12927/hcpol.2025.27545.

## Leadership provincial et pousses vertes : où chercher l'innovation

**L**ES RÉCENTES ÉLECTIONS FÉDÉRALES ONT MIS EN ÉVIDENCE UN FAIT REGRETTABLE : les partis nationaux sont incapables ou peu disposés à établir des priorités et à promouvoir les réformes nécessaires que doivent mettre en œuvre les provinces dans le domaine de la santé. Chacun des partis a proposé peu d'innovations au-delà de dépenser plus d'argent de la même façon pour acheter l'accès aux médecins de famille.

Les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux présentent de nombreux problèmes graves, au-delà de l'accès à un médecin de famille – il y a une déception appréciable parmi les experts quant au manque de leadership éclairé de la part des partis nationaux.

Les partis fédéraux ont démontré leur incapacité d'articuler des idées novatrices pour aborder correctement les problèmes complexes des systèmes de santé provinciaux et territoriaux. Pour tout le monde, cet état de choses devrait cristalliser l'idée que le gouvernement fédéral n'apportera pas de solutions, dans un avenir proche, aux problèmes les plus pressants du pays en matière de santé.

Que peuvent donc faire les Canadiens qui veulent voir prendre corps une réforme significative de la prestation des soins de santé? À court et à moyen terme, les provinces et les territoires devront élaborer des solutions novatrices qui s'adaptent à leurs contextes.

### Innovation provinciale

Quelques pousses vertes laissent entrevoir un certain optimisme pour les usagers de soins de santé en difficulté et leurs familles.

La première ministre de l'Alberta a récemment annoncé une refonte des politiques albertaines servant à financer les soins de courte durée (Province de l'Alberta 2025). Les nouvelles politiques de cette province en matière de financement des hôpitaux, fondé sur leurs activités, sont analogues à la façon dont l'Ontario et de nombreux pays européens dotés de systèmes de santé semblables financent les hôpitaux (Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2011), bien que le diable soit dans les détails.

Transformer la rémunération des hôpitaux constitue un changement profond pour le secteur des soins de courte durée, qui n'est pas habitué à la concurrence pour les revenus

ou au rattachement des charges aux produits (C.D. Howe 2013). Le risque de perte pour les Albertains est faible, car il est peu probable que le gouvernement laisse les hôpitaux inefficaces faire faillite. Les chances de gain pour les Albertains se traduisent par une augmentation du volume des soins hospitaliers et une diminution du coût par cas (Province de l'Alberta 2025). La province de Québec semble également prête à mettre en œuvre des politiques similaires dans son effort pour assurer un meilleur accès aux hôpitaux, appelé « financement axé sur le patient » ou FAP (Province de Québec 2023).

L'innovation à grande échelle dans le système de santé progresse aussi, lentement, en Ontario. Le modèle des Équipes Santé Ontario est une initiative politique naissante dont les objectifs à long terme sont, notamment, la création d'incitatifs pour la santé préventive, le vieillissement à domicile, les soins continus coordonnés par des équipes multidisciplinaires et la réduction de la congestion dans les hôpitaux (Santé Ontario 2024). Le modèle des Équipes Santé Ontario prévoit des options pour les futurs gouvernements afin qu'ils mettent en œuvre des modèles de paiement par capitation pour les Équipes, en finançant les fournisseurs de soins de santé pour la santé de la population dans leur région.

Le fait que l'Ontario poursuive ces objectifs stratégiques pourrait représenter le « saint-graal » du financement des soins de santé en créant des incitatifs financiers pour remédier aux inégalités verticales et horizontales en matière de santé. L'expérience des Équipes Santé Ontario présente une vision audacieuse : il y a peu d'exemples internationaux où les modèles de soins de santé continus axés sur la population et les équipes sont couronnés de succès, et il y a bon nombre d'obstacles liées à la législation, aux politiques ou au flux opérationnels que l'Ontario devra surmonter.

Il y a aussi, dans certaines provinces, un manque d'innovations pour résoudre les problèmes du système de santé. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba sont autant d'exemples où les électeurs devraient réfléchir aux politiques de réformes à peine suffisantes de leurs gouvernements. Sans changement, ces provinces devraient s'attendre à ce que rien ne change.

Alors que les provinces revendiquent de plus en plus de pouvoir pour la transformation des soins de santé – sans le fardeau de la normalisation coordonnée par Santé Canada – il est tout à fait prévisible que les systèmes de santé iront dans des directions disparates. Les nouvelles initiatives stratégiques de l'Alberta, du Québec et de l'Ontario soulignent le fait qu'il y a peu de points communs entre elles. Bien que les différences entre les systèmes de santé ne soient pas une chose intrinsèquement « mauvaise », il est intéressant de noter que ce qui est reconnu comme services publics de soins de santé dans une province peut ne pas être considéré comme tel dans une autre.

Dans l'ensemble, les provinces et les territoires sont clairement aux commandes de la transformation des soins de santé. Étant donné que plusieurs gouvernements provinciaux mettent en œuvre des programmes axés sur l'innovation et que certains choisissent de se tenir debout, il convient de réfléchir à la qualité de l'impact de cette approche dans les provinces et les territoires qui vont dans la même direction.

## Dans ce numéro

Le présent numéro de *Politiques de Santé* commence par un article de la section Discussions et débats qui traite de l'accès des adolescentes aux services d'avortement au Canada (Cattapan et al. 2025). La comparaison des politiques entre provinces révèle des cas de législation provinciale peu claire ou contradictoire qui se traduisent par des différences dans la capacité des jeunes à accéder aux services d'avortement. L'éditorial se termine par un certain nombre de recommandations pour réduire les obstacles aux services d'avortement, notamment par une révision de la législation et des processus de consentement.

Une réplique à cet article, par Haley et Motamedi (2025), développe l'accent mis sur l'accès aux services d'avortement. En appliquant un cadre intersectionnel aux besoins des adolescentes en matière de services de santé, les auteurs proposent différents points de vue sur les obstacles à un accès équitable aux services d'avortement parmi les groupes marginalisés. Les auteurs formulent des recommandations claires pour réduire ces obstacles, y compris la création d'espaces accueillants, la mise en place d'un sentiment de sécurité et la promotion d'une identité et d'une autonomie qui déstigmatisent l'accès à l'avortement.

Le deuxième article de la section Discussions et débats porte sur l'interaction entre, d'une part, les chercheurs du domaine des services et des politiques de santé et, d'autre part, les décideurs de haut niveau (Paprica et al. 2025). Conçu comme un jeu d'équilibre entre conseils et défense d'intérêts, l'article met en lumière les risques que les chercheurs peuvent induire dans leurs activités de recherche. Les auteurs proposent un certain nombre de stratégies pour réduire la perception des chercheurs en tant que défenseurs d'intérêts.

Une réplique à cet article donne un point de vue différent sur l'interaction entre les chercheurs et les décideurs de haut niveau (Forest 2025). L'article propose que l'impact des chercheurs sur les politiques gouvernementales est moindre que ce qu'expriment Paprica et al. (2025), puisque les chercheurs sont rarement impliqués dans les tâches stratégiques essentielles menées par les dirigeants politiques et régies par des processus de prise de décisions qui intègrent des intrants provenant d'une gamme de canaux en plus des chercheurs, pensons aux sondages d'opinion publique, aux plateformes électorales ou au lobbying.

Un article de Contandriopoulos et Bertoni (2025), dans la section Questions de données, analyse les données publiées récemment par l'Institut canadien d'information sur la santé concernant la proportion de Canadiens qui déclarent avoir accès à un professionnel de la santé régulier. La variabilité de la prévalence des infirmières praticiennes (IP) entre les provinces est mise en évidence. L'article conclut que de plus en plus de données montrent que les IP obtiennent plus d'autonomie dans leur champ de pratique seulement lorsque l'accès aux soins est sérieusement limité. Ils notent également que la *Loi canadienne sur la santé* (1985) s'applique également aux services fournis par les IP, ce qui pourrait influencer sur leur capacité de facturer les patients pour des services privés.

Au moyen d'un concept fondé sur des enquêtes, Quelch (2025) présent un rapport sur les thèmes associés à l'accès aux services de fertilité, par exemple, dans les cliniques de fertilité ou les groupes de soutien en ligne. L'étude résume la perception et l'expérience des femmes

dans le contexte de l'accès à la fécondation in vitro (FIV) en Colombie-Britannique. Les résultats mettent en évidence des obstacles importants à la FIV, notamment la variation régionale et les coûts assumés par les patients. L'auteure conclut que le programme de fertilité récemment annoncé en Colombie-Britannique devrait tenir compte des obstacles signalés par les femmes qui ont recours aux services de FIV.

Dans le contexte albertain, Jajszczok et al. (2025) ont effectué une analyse rétrospective des coûts et de l'utilisation anonymisés des soins à domicile. Ils signalent que l'augmentation des dépenses et l'accroissement de l'utilisation des soins à domicile sont associés à une diminution du recours aux soins de courte durée. Les auteurs concluent que des analyses similaires sont nécessaires dans toutes les provinces pour fournir de nouvelles connaissances sur la façon dont les ressources en soins de santé devraient être réparties entre les secteurs et pour savoir comment les services de santé sont consommés par les résidents en fonction de leur lieu de résidence.

JASON M. SUTHERLAND, PHD  
Rédacteur en chef

## Références

- C.D. Howe Institute. 17 avril 2013. *Paying for Hospital Services: A Hard Look at the Options*. Consulté le 2 mai 2025. <<https://cdhowe.org/publication/paying-hospital-services-hard-look-options/>>.
- Cattapan, A., K. Hammond et E. McGrath. 2025. Accès aux services d'avortement pour les adolescentes au Canada : âge, capacité et consentement parental. *Politiques de Santé* 20(3): 15–22. doi:10.12927/hcpol.2024.27474.
- Contandriopoulos, D. et K. Bertoni. 2025. Qu'est-ce qui explique les différences interprovinciales dans l'adoption de la pratique autonome des IP en soins primaires? *Politiques de Santé* 20(3): 40–45. doi:10.12927/hcpol.2025.27601.
- Forest, P.-G. 2025. Commentaire : Risque et causalité : l'apport des chercheurs aux décisions publiques. *Politiques de Santé* 20(3): 35–39. doi:10.12927/hcpol.2025.27615.
- Haley, T.L. et G. Motamedi. 2025. Commentaire : Adolescentes, marginalisation et avortement au Canada. *Politiques de Santé* 20(3): 23–26. doi:10.12927/hcpol.2025.27600.
- Jajszczok, M., C.A. Eastwood, M. Lu, C. Cunningham et H. Quan. 2025. Impacts de l'investissement dans les soins à domicile en Alberta : analyse des tendances écologiques et économiques. *Politiques de Santé* 20(3):58–77. doi:10.12927/hcpol.2025.27616.
- Loi canadienne sur la santé* (L.C.R., 1985, ch. C-6). Gouvernement du Canada. Consulté le 21 mai 2025. <<https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/>>.
- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. 31 mai 2011. *Diagnosis Related Groups in Europe*. Consulté le 2 mai 2025. <<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/diagnosis-related-groups-in-europe>>.
- Paprica, P.A., W.P. Wodchis et K.M. McGrail. 2025. Conseils ou défense des intérêts – Perceptions variables de l'activité des chercheurs du domaine des services et des politiques de santé. *Politiques de Santé* 20(3): 27–34. doi:10.12927/hcpol.2025.27519.
- Province de l'Alberta. 2025. Patient-Focused Funding. Consulté le 2 mai 2025. <<https://www.alberta.ca/patient-focused-funding>>.

Province de Québec. 2 juin 2023. *Québec fait un pas de plus pour financer les établissements de santé en fonction des besoins des patients*. Consulté le 2 mai 2025. <<https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/quebec-fait-un-pas-de-plus-pour-financer-les-etablissements-de-sante-en-fonction-des-besoins-des-patients-48381>>.

Quelch, J. 2025. Conception de politiques : point de vue des femmes qui ont recours à la FIV en Colombie-Britannique. *Politiques de Santé* 20(3): 46–57. doi:10.12927/hcpol.2025.27545.

Santé Ontario. 2024. Équipes Santé Ontario. Consulté le 2 mai 2025. <<https://www.ontariohealth.ca/fr/planification-du-systeme/equipes-sante-ontario>>.