

The Opportunity for Canada and Australia to Learn From One Another's Health Systems

PROVINCIAL HEALTHCARE SYSTEMS ARE EXPERIENCING SIGNIFICANT CHALLENGES in providing timely access to publicly funded healthcare. The population is aging, increasingly comorbid (Naik et al. 2024), immigration is high (Government of Canada 2024) and public investment in additional healthcare services has not kept pace (CIHI 2024). Meanwhile, challenges to publicly funded healthcare delivery continue to mount; private and for-profit providers are making significant inroads in some provinces and eroding equity of access (Quesnel-Vallée et al. 2020). Canadians are increasingly skeptical that public administration of healthcare is affordable, accessible, effective or efficient.

The challenges to Canada's provincial and territorial health systems are not unique from a global perspective. All developed countries' healthcare systems are bedeviled by problems with affordability, accessibility, efficiency and equity (Doty et al. 2020). Canadians need only to look south of their border to see contrasts between Canada's healthcare system and the US' problems of affordability, accessibility and equity (Schneider et al. 2021). Elsewhere, New Zealand, Australia and Ireland all report delays in accessing hospital-based care (Brick and Connolly 2021; Rathnayake et al. 2021; Stafinski et al. 2022).

Canadian healthcare system leaders need to look externally for innovative ideas for their provincial and territorial healthcare systems. Australia provides an excellent entry point for comparisons. Similar to Canadian provinces, Australian states have the mandate to provide publicly funded access to healthcare for their legal residents and face similar-looking challenges: affordability of public healthcare, timely access to care, vast rural areas and providing culturally appropriate healthcare for the nation's Aboriginal and Torres Strait Islanders.

The similarities and differences between the two countries' healthcare systems offer opportunities to identify healthcare delivery innovations for the two countries' provinces, states and territories. Comparative analysis of health systems is not novel; the Commonwealth Fund has been leading international comparisons of healthcare system performance for over two decades (Davis et al. 2004). Their influential research recently

concluded that Australia had the highest-performing healthcare system among the countries studied, while Canada was ranked seventh (Blumenthal et al. 2024).

The significant difference in rankings between Canada's and Australia's health system performance suggests that provinces and territories have much to gain from closer studies. The comparisons offered by the Commonwealth Fund provide clues on where Canada should start looking for innovative policies and practices – notably, Australia ranks first among surveyed countries in the domains of equity and health outcomes.

What are the strategies, policies and practices used by Australia to rank first in the domains of equity and health outcomes while Canada ranks seventh and fourth, respectively?

The objective of this editorial is to advocate for closer collaboration between Canadian provinces and territories with Australian states and territories to strengthen their respective publicly funded healthcare systems. Internationally sourced innovations in healthcare are needed; provinces' health system performance statistics are dismal (Blumenthal et al. 2024). The costs of close collaboration and comparisons are inexpensive relative to the vast sums spent by governments on healthcare delivery.

Canadian Healthcare Highlights

The burning platform for publicly funded healthcare in Canada in 2025 lies in the intersection between affordability, access and equity. While money is tight due to the current depression-like financial conditions, Canada is not a penny-pincher when it comes to healthcare spending; the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) reported that Canada spent the sixth most per capita on healthcare in the world. While my colleague and I have previously reported that we do not know whether this is the “right” level of spending, Canada's spending is definitely “high” among its peers.

But there is more to healthcare than spending. Provincial governments should evaluate practices and policies that Australia uses to reduce ineffective care, encourage cost-efficient practices and reduce fragmentation between sectors.

Canadian provinces and territories also need new practices, policies and regulations to combat inequity, a domain of healthcare that Australia performs exceedingly well compared with Canada. Australia may hold new ideas that can be adopted in Canada to redress vertical inequities, mining the country for its strategies for providing healthcare for rural and isolated residents and Aboriginal and Torres Strait Islanders.

Australia Healthcare Highlights

Australia's universal health insurance program is known as medicare, the public healthcare insurance program for Australia's legal residents. Similar to Canada, Australian medicare partially remunerates public hospitals for attendances and admissions for diagnosis and treatment (Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare 2024), similar to provincial healthcare insurance programs.

The most striking difference between healthcare provided in Australian states and Canadian provinces is Australia's private health insurance option. Since the government's medicare program began in 1984, Australians could purchase private healthcare insurance and access private and for-profit healthcare services, including hospital-based care, alongside the states' public healthcare systems. As a result of Australia's private health insurance option, there are hybrid hospital systems in Australian states; with private insurance, residents can elect to be treated as a private patient in states' public hospitals or in an independent private hospital sector that operates alongside, and sometimes co-located with, public hospitals. Data from 2009 found that the average cost and cost-efficiency of public and private hospitals were, on average, similar (Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare 2009). Since then, the Independent Health and Aged Care Pricing Authority has no statistics indicating that trends in average cost or cost-efficiency between public and private hospitals have meaningfully shifted.

For Canada, proponents of Australia's hybrid hospital system argue that the availability of the private insurance system improves access to public hospitals by diverting those who can afford to pay to the private sector, creating more "space" in the public sector for those patients who do not have the financial means to pay directly for their care. While waiting times for elective surgery in Australia's public hospitals tend to be as long as in Canada, there is no evidence that Australia's parallel private system has increased access to public hospital-based care or shortened wait times for elective surgery (Duckett 2020).

For its part, Australia has much to learn from provinces and territories as well. Since the COVID-19 pandemic, private hospitals in Australia have been under significant financial stress. This has led to fewer Australians being able to afford rising insurance premiums and higher copayments. This has led private insurers to lobby for higher premium subsidies and government intervention, while the affordability of insurance and gap payments has reduced the number of patients seeking private healthcare – threatening the viability of private hospitals. As private services close, patients revert to the public system. While the consequences of patients reverting to the public health system should be self-evident, there are as yet no clear data indicating that shrinking access to private services is negatively impacting access to public healthcare services.

Key Lessons for Canada and Next Steps

There are important takeaways for Canadians based on Australia's experiences. First is that private health insurance and private hospitals do not "solve" provinces' conundrum of over-occupied hospitals and long waits for elective surgery. Private health insurance and private hospitals, as for-profit enterprises, are able to make lawful choices to avoid high cost and high-risk patients and services, relieving some of the financial pressures from publicly provided healthcare services, and still grappling with funding the country's growing aging and

chronically ill populations. Second, and unaddressed in this article, is what practices and policies are used by the Australian Commonwealth Government, its states and their communities to provide “better” access to family doctors compared with provinces and target improvements in vertical inequities?

To identify opportunities for learning and evaluating effective health policy and practices from one another, we recommend a number of cost-efficient activities in Canada and Australia whose goals are to improve affordability, accessibility and equity of each’s publicly funded health systems.

Canadian federal government

The Canadian federal government should take the lead in coordinating provincial and state-level comparative analyses of primary and secondary care, targeting indicators of affordability, accessibility and equity. The federal government has an international remit and is best-positioned to coordinate and fund connections between provinces, states and territories.

The federal government should also lead comparative health policy document analysis, select indicators of affordability, accessibility and equity and report outcomes from comparisons. The federal government and its agencies are also positioned to support and fund personnel exchanges between the two countries, lead structured information exchanges on key policy differences in affordability, accessibility or equity and fund joint Canadian and Australian health policy research with its Canadian Institute for Health Research funding envelope.

Canadian provinces and territories

Comparing Canadian provinces’ and territories’ health systems with Australian states’ and territories’ health systems will require Canadian jurisdictions to contribute data and expertise for indicator reporting, responding to comparative policy analyses and authoring commentaries regarding comparative policy differences that reflect their unique provincial or territorial context. In addition, Canadian jurisdictions should support career paths that create senior-level personnel exchanges between provinces and territories with state and territorial governments.

Next steps

Canada has much in common with Australian health systems. According to non-partisan reporting, Australia does “healthcare” better than Canada.

Implementing and funding concrete steps by the federal, provincial and territorial governments to learn from one another should lead to actionable insights on both sides of the Pacific Ocean. The costs of doing so are small compared with the costs of ongoing policy and strategic missteps within healthcare delivery systems in both countries.

In This Issue

This issue's first Discussion and Debate article is focused on Canadians' access to new drugs, taking an international perspective by assessing whether new drugs are marketed in Canada on the grounds of intellectual property (Lexchin 2025). Though the article highlights that many new drugs are not marketed in Canada, the statistics presented question whether drugs of high therapeutic value are among them. The discussion concludes that all levels of government need to take action to ensure that Canadians have access to effective therapies.

A rejoinder to the above Discussion and Debate article extends the argument put forward by Lexchin's Discussion and Debate (Clark 2025), referencing statistics that place Canada near the average among OECD countries in terms of timing and extent of access to new drugs. The rejoinder valuably points out that there are risks of Canadians' lack of access to some new therapies – individual-level genetic variability in drug metabolism and receptor sensitivity may mean that some are not on optimal treatment. The rejoinder also points out that people with rare diseases may also have an outsized risk of not being able to access therapies specific to their condition or symptoms. The rejoinder concludes that advocating system-level reforms is needed, such as national pharmacare, to improve access to high-value medications in a manner that is financially sustainable.

This issue includes several Data Matters articles. The first Data Matters article uses census data to examine how immigrant status and place of education affect skill utilization among Canadians with a medical degree (Schimmele and Hou 2025). The article reports that skill utilization is low for immigrants with a foreign medical degree, noting that foreign-educated immigrants from racialized groups have worse outcomes than their White counterparts. The article concludes with a number of policy recommendations for the federal and provincial governments regarding aligning immigration policy with health workforce needs.

One Data Matters article analyzes data from the Canadian Institute for Health Information to measure how virtual delivery of care changes access to psychiatric care (Ruhil et al. 2025). The study finds that increased access to psychiatric care crowds out access for some vulnerable populations. The study concluded that psychiatric services should provide a balance of in-person and virtual services and calls for new and practical data for identifying new patients and measuring patients' digital literacy.

The third Data Matters article uses survey data from New Brunswick to measure citizen-reported access to healthcare in their preferred official language (Gallant et al. 2025). The study finds that nearly all New Brunswickers report access to a primary care provider in their preferred official language; however, the same was not true of other healthcare providers, such as pharmacists or therapists. The article determines there is a need for new policies, strategies and practices to improve language concordance in all healthcare settings across Canada.

From the Editor-in-Chief

This issue features research regarding physician preferences for diagnostic coding systems (Garies et al. 2025). Currently, in most provinces/territories, the International Classification of Diseases version 9 (ICD-9) is used by physicians for fee-for-service billing. This study uses vignette-based coding exercises among a sample of family medicine practitioners to elicit coding preferences. The article recommends that governments begin exploring alternatives to ICD-9 coding systems and the authors discuss options.

MICHAEL PERVAN

Chief Executive Officer

*Independent Health and Aged Care Pricing Authority
Sydney, Australia*

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Editor-in-Chief

*Director, Centre for Health Services and Policy Research
University of British Columbia
Vancouver, BC*

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

References

- Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare. 2009, December. *Public and Private Hospitals: Productivity Commission Research Report*. Retrieved August 1, 2025. <<https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/hospitals/report/hospitals-report.pdf>>.
- Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare. 2024, July 2. *Health System Overview*. Retrieved August 1, 2025. <<https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/health-system-overview>>.
- Blumenthal, D., E.D. Gumas, A. Shah, M.Z. Gunja and R.D. Williams II. 2024, September. *Mirror, Mirror 2024: A Portrait of the Failing U.S. Health System: Comparing Performance in 10 Nations*. Commonwealth Fund. Retrieved July 14, 2025. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2024-10/Blumenthal_mirror_mirror_2024_final_v4.pdf>.
- Brick, A. and S. Connolly. 2021. Waiting Times for Publicly Funded Hospital Treatment: How Does Ireland Measure Up? *The Economic and Social Review* 52(1): 41–52.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2024. National Health Expenditure Trends, 2024 – Snapshot. Retrieved August 12, 2025. <<https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends-2024-snapshot>>.
- Clark, D. 2025. Access, Value, and Reform: An Analysis of Canada’s Pharmaceutical Policy Framework. *Healthcare Policy* 20(4): 29–32. doi:10.12927/hcpol.2025.27665.
- Clement, F. and J.M. Sutherland. 2024. Spending on Healthcare: What Is the Right Number? *Healthcare Policy* 19(4): 6–18. doi:10.12927/hcpol.2024.27379.
- Davis, K., C. Schoen, S.C. Schoenbaum, A.-M.J. Audet, M.M. Doty and K. Tenney. 2004, January. *Mirror, Mirror on the Wall: Looking at the Quality of American Health Care Through the Patient’s Lens*. 2004. Commonwealth Fund. Retrieved July 14, 2025. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2004_jan_mirror_mirror_on_the_wall_looking_at_the_quality_of_american_health_care_through_the_patients_lens_davis_mirrormirror_683_pdf.pdf>.
- Doty, M.M., R.S. Tikkanen, M. Fitzgerald, K. Fields and R.D. Williams II. 2020. Income-Related Inequality in Affordability and Access to Primary Care in Eleven High-Income Countries. *Health Affairs* 40(1): 113–20. doi:10.1377/hlthaff.2020.01566.

- Duckert, S. 2020. The Consequences of Private Involvement in Healthcare – The Australian Experience. *Healthcare Policy* 15(4): 21–25. doi:10.12927/hcpol.2020.26228.
- Gallant, F., L. Babin and J.T. McDonald. 2025. Healthcare Access Gaps Persist for French-Preferring Citizens in Canada's Only Officially Bilingual Province: Analysis of New Brunswick Patient Care Experience Survey Data. *Healthcare Policy* 20(4): 48–56. doi:10.12927/hcpol.2025.27664.
- Garies, S., D. Himasara Pathiraja, K.A. McBrien, J.A. Dickinson, N. Crampton, C.A. Eastwood et al. 2025. Canadian Family Physician Preferences on Updating the Classification System for Health Conditions and Related Issues. *Healthcare Policy* 20(4): 57–69. doi:10.12927/hcpol.2025.27663.
- Government of Canada. 2024. *Impact of Immigration on Canada's Population Growth 2014–2027*. Retrieved August 12, 2025. <<https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/mandate/corporate-initiatives/levels/population-growth-2014-2027.html>>.
- Lexchin, J. 2025. Are Therapeutically Important Drugs No Longer Available in Canada? *Healthcare Policy* 20(4): 21–28. doi:10.12927/hcpol.2025.27666.
- Naik, H., T.M. Murray, M. Khan, D. Daly-Grafstein, G. Liu, B.O. Kassen et al. 2024 Population-Based Trends in Complexity of Hospital Inpatients. *JAMA Internal Medicine* 184(2): 183–92. doi:10.1001/jamainternmed.2023.7410.
- Quesnel-Vallée, A., R. McKay, and N. Farmanara. 2020. Cause or Symptom of Quebec Health System Privatization? In C.M. Flood and B. Thomas, eds., *Is Two-Tier Health Care the Future?* (pp. 93–122). University of Ottawa Press.
- Rathnayake, D., M. Clarke and V. Jayasinghe. 2021. Patient Prioritisation Methods to Shorten Waiting Times for Elective Surgery: A Systematic Review of How to Improve Access to Surgery. *PLOS One* 16(8): e0256578. doi:10.1371/journal.pone.0256578.
- Ruhil, A., M. Alizadehsadrddaneshpour, T. Ghose and E. Nauenberg. 2025. Virtual Care: Evidence From the Pandemic Regarding Changes in Access to Psychiatric Care in Canada. *Healthcare Policy* 20(4): 41–47. doi:10.12927/hcpol.2025.27620.
- Schimmele, C. and F. Hou. 2025. Employment in the Canadian Medical Profession by Immigrant Status, Racialized Group and Gender. *Healthcare Policy* 20(4): 33–40. doi:10.12927/hcpol.2025.27622.
- Schneider, E.C., A. Shah, M.M. Doty, R. Tikkanen, K. Fields and R.D. Williams II. 2021, August. *Mirror, Mirror 2021 Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. The Commonwealth Fund. Retrieved September 5, 2025. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf>.
- Stafinski, T., F.N.I. Nagase, M.E. Brindle, J. White, A. Young, S. Beesoon et al. 2022. Reducing Wait Times to Surgery – An International Review. *Journal of Hospital Management and Health Policy* 6: 29. doi:10.21037/jhmhp-21-96.

Occasion pour le Canada et l’Australie d’apprendre des systèmes de santé de l’un et l’autre

LES SYSTÈMES DE SANTÉ PROVINCIAUX RENCONTRENT D’IMPORTANTES DÉFIS EN MATIÈRE d’accès en temps opportun aux soins de santé financés par l’État. La population vieillit, la comorbidité augmente (Naik et al. 2024), l’immigration est élevée (Gouvernement du Canada 2024) et les investissements publics pour des services de santé supplémentaires n’ont pas suivi le rythme (ICIS 2024). Pendant ce temps, les défis liés à la prestation des soins financés par l’État continuent d’augmenter; les fournisseurs privés et à but lucratif font des percées importantes dans certaines provinces et érodent l’équité d’accès (Quesnel-Vallée et al. 2020). Les Canadiens doutent de plus en plus que l’administration publique des services de santé soit abordable, accessible, efficace ou efficiente.

Les défis auxquels font face les systèmes de santé provinciaux et territoriaux du Canada ne sont pas uniques du point de vue mondial. Tous les systèmes de santé des pays développés sont minés par des problèmes d’abordabilité, d’accessibilité, d’efficacité et d’équité (Doty et al. 2020). Les Canadiens n’ont qu’à regarder au sud de la frontière pour constater le contraste entre les systèmes de santé du Canada et les problèmes d’abordabilité, d’accessibilité et d’équité présents aux États-Unis (Schneider et al. 2021). Ailleurs, la Nouvelle-Zélande, l’Australie et l’Irlande signalent toutes des retards en matière d’accès aux soins hospitaliers (Brick et Connolly 2021; Rathnayake et al. 2021; Stafinski et al. 2022).

Les dirigeants canadiens doivent chercher ailleurs des idées novatrices pour les systèmes de santé provinciaux et territoriaux. L’Australie offre un excellent point d’entrée pour les comparaisons. Semblables aux provinces canadiennes, les États australiens ont le mandat de fournir un accès financé par l’État aux soins de santé pour les résidents légaux et font face à des défis similaires : abordabilité des services de santé publics, accès en temps opportun, vastes zones rurales et souci d’offrir des soins culturellement appropriés aux autochtones et aux Insulaires du détroit de Torres.

Les similitudes et différences entre les systèmes de santé des deux pays permettent de repérer des possibilités d’innovation en matière de prestation de soins de santé pour les provinces, États et territoires des deux pays. L’analyse comparative des systèmes de santé n’est pas chose nouvelle; le Fonds du Commonwealth mène des comparaisons internationales du

rendement des systèmes de services de santé depuis plus d'une vingtaine d'années (Davis et al. 2004). Son travail influent a récemment conclu que l'Australie avait le système de santé le plus performant parmi les pays étudiés, tandis que le Canada se classait au septième rang (Blumenthal et al. 2024).

L'importante différence de classement entre le Canada et l'Australie donne à penser que les provinces et les territoires auraient beaucoup à gagner d'études plus approfondies. Les comparaisons du Fonds du Commonwealth fournissent des indices sur l'endroit où le Canada devrait commencer à chercher des politiques et des pratiques novatrices – l'Australie, notamment, se classe au premier rang parmi les pays étudiés pour ce qui est de l'équité et des résultats en matière de santé.

Quelles stratégies, politiques et pratiques emploie l'Australie pour se classer au premier rang en matière d'équité et de résultats en matière de santé, alors que le Canada se classe sur ces points aux septième et quatrième rangs respectivement?

Le but de cet éditorial est de plaider en faveur d'une collaboration plus étroite entre les provinces et territoires canadiens et les États et territoires australiens afin de renforcer leurs systèmes de santé publics respectifs. Des innovations de source internationale dans les soins de santé sont nécessaires; les statistiques sur le rendement des systèmes de santé des provinces sont lamentables (Blumenthal et al. 2024). Le coût des comparaisons et d'une collaboration étroite est faible par rapport aux sommes considérables dépensées par les gouvernements pour la prestation des services de santé.

Faits saillants sur les services de santé au Canada

Les besoins urgents pour les services de santé financés par l'État au Canada en 2025 se trouvent à l'intersection entre abordabilité, accès et équité. Bien que l'argent soit limité en raison des conditions de quasi-dépression économique actuelles, le Canada n'est pas avare quand vient le temps des dépenses en santé; l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) rapporte que le Canada se classait au sixième rang mondial pour ce qui est des dépenses par habitant en matière de soins de santé. Bien que mon collègue et moi ayons déjà signalé que nous ne savions pas s'il s'agissait là du « bon » niveau de dépenses, les dépenses du Canada sont certainement « élevées » parmi ses pairs.

Mais la santé va bien au-delà des dépenses. Les gouvernements provinciaux devraient évaluer les pratiques et les politiques que l'Australie emploie pour réduire les soins inefficaces, encourager des pratiques rentables et atténuer la fragmentation entre les secteurs.

Les provinces et territoires canadiens ont également besoin de nouvelles pratiques, politiques et réglementations pour lutter contre l'inégalité; un domaine des services de santé où l'Australie réussit très bien par rapport au Canada. L'Australie pourrait avoir des idées qui peuvent être adoptées au Canada afin de remédier aux inégalités verticales, en tirant profit des stratégies qui visent à fournir des soins de santé aux résidents ruraux et isolés ainsi qu'aux autochtones et aux Insulaires du détroit de Torres.

Faits saillants sur les services de santé en Australie

Le programme d'assurance maladie universelle de l'Australie est connu sous le nom de Medicare, soit le programme d'assurance maladie publique pour les résidents légaux de l'Australie. Similaire au Canada, l'assurance maladie australienne rémunère partiellement les hôpitaux publics pour les visites et les admissions à des fins de diagnostic et de traitement (Gouvernement de l'Australie, Australian Institute of Health and Welfare 2024), semblablement aux programmes d'assurance maladie provinciaux.

La différence la plus frappante entre les soins de santé fournis dans les États australiens et les provinces canadiennes est l'option d'assurance maladie privée présente en Australie. Depuis que le programme Medicare du gouvernement a commencé, en 1984, les Australiens peuvent souscrire une assurance maladie privée et accéder à des services de santé privés et à but lucratif, y compris des soins hospitaliers, parallèlement aux systèmes de santé publics des États. En raison de l'option d'assurance maladie privée de l'Australie, il y a des systèmes hospitaliers hybrides dans les États australiens; avec une assurance privée, les résidents peuvent choisir d'être traités comme un patient privé dans des hôpitaux publics ou dans un secteur hospitalier privé indépendant qui fonctionne parallèlement, et parfois, au même endroit que des hôpitaux publics. Des données de 2009 révèlent que le coût moyen et la rentabilité des hôpitaux publics et privés sont, en moyenne, similaires (Gouvernement de l'Australie, Australian Institute of Health and Welfare 2009). Depuis lors, l'Independent Health and Aged Care Pricing Authority ne dispose d'aucune statistique indiquant que les tendances du coût moyen ou de la rentabilité entre les hôpitaux publics et privés aient pu changer de manière significative.

Pour le Canada, les partisans du système hospitalier hybride de l'Australie soutiennent que la présence du système d'assurance privé améliore l'accès aux hôpitaux publics en détournant vers le privé ceux qui peuvent se permettre de payer, créant ainsi plus « d'espace » dans le secteur public pour les patients qui n'ont pas les moyens financiers de payer directement les services. Bien que les délais d'attente pour une chirurgie non urgente dans les hôpitaux publics australiens aient tendance à être aussi longs qu'au Canada, il n'y a aucune preuve que le système privé parallèle de l'Australie ait amélioré l'accès aux soins en milieu hospitalier public ou ait raccourci les temps d'attente pour une chirurgie non urgente (Duckett 2020).

Pour sa part, l'Australie a également beaucoup à apprendre des provinces et territoires. Depuis la pandémie de COVID-19, les hôpitaux privés australiens sont soumis à d'importantes contraintes financières. Cela a conduit à ce que moins d'Australiens soient en mesure de se permettre des primes d'assurance plus élevées et des quotes-parts plus élevés. Cela a conduit les assureurs privés à faire pression pour des subventions de primes plus élevées et une intervention gouvernementale, tandis que l'accessibilité financière des assurances et des paiements d'écart a réduit le nombre de patients cherchant des soins de santé privés – menaçant ainsi la viabilité des hôpitaux privés. À mesure que les services privés ferment, les patients se tournent vers le système public. Bien que les conséquences du retour des

patients dans le système de santé publique devraient être évidentes, il n'y a pas encore de données claires indiquant que la réduction de l'accès aux services privés a un impact négatif sur l'accès aux services de santé publics.

Leçons clés pour le Canada et prochaines étapes

Le Canada peut retenir d'importants éléments de l'expérience australienne. Le premier est que l'assurance maladie privée et les hôpitaux privés ne « résolvent » pas le problème de sureoccupation des hôpitaux et des longs délais d'attente pour une chirurgie non urgente. L'assurance maladie et les hôpitaux privés, en tant qu'entreprises à but lucratif, peuvent faire des choix légaux pour éviter les patients et services à haut coût et à haut risque, ce qui soulage certaines pressions financières liées aux services de santé publics, et toujours aux prises avec le financement pour les populations vieillissantes et chroniquement malades du pays. Deuxièmement, et la question n'est pas abordée dans cet article, quelles sont les pratiques et politiques employées par le gouvernement du Commonwealth d'Australie, ses États et leurs communautés pour fournir un « meilleur accès » aux médecins de famille par rapport aux provinces et pour atténuer les inégalités verticales?

Afin de cerner les occasions d'apprendre et d'évaluer les politiques et les pratiques efficaces, nous recommandons un certain nombre d'activités profitables pour le Canada et l'Australie dont les objectifs sont d'améliorer l'abordabilité, l'accessibilité et l'équité des systèmes de santé financés par le secteur public.

Gouvernement fédéral du Canada

Le gouvernement fédéral du Canada devrait prendre l'initiative de coordonner des analyses comparatives des soins primaires et secondaires aux niveaux provincial et étatique, en ciblant les indicateurs d'abordabilité, d'accessibilité et d'équité. Le gouvernement fédéral a un mandat international et est le mieux placé pour coordonner et financer les relations entre les provinces, les États et les territoires.

Le gouvernement fédéral devrait également diriger des analyses comparatives des documents stratégiques sur la santé, choisir des indicateurs d'abordabilité, d'accessibilité et d'équité et rendre compte des résultats des comparaisons. Le gouvernement fédéral et ses organismes publics sont également bien placés pour soutenir et financer l'échange de personnel entre les deux pays, pour diriger les échanges d'informations sur les principales différences de politiques en matière d'abordabilité, d'accessibilité ou d'équité et pour financer la recherche conjointe sur les politiques de santé du Canada et de l'Australie avec l'enveloppe de financement des Instituts de recherche en santé du Canada.

Provinces et territoires canadiens

La comparaison des systèmes de santé des provinces et territoires canadiens avec ceux des États et territoires australiens exigera que les administrations canadiennes fournissent des données et de l'expertise pour la production de rapports sur les indicateurs, en réagissant

aux analyses comparatives et aux commentaires des auteurs concernant les différences de politiques qui rendent compte du contexte unique de la province ou du territoire. De plus, les administrations canadiennes devraient soutenir des cheminements de carrière qui favorisent des échanges de personnel de haut niveau entre les provinces et territoires et les gouvernements des États et des territoires.

Prochaines étapes

Les systèmes de santé du Canada ont beaucoup de choses en commun avec ceux de l'Australie. Selon des rapports non partisans, l'Australie fait mieux que le Canada en matière de services de santé.

La mise en œuvre et le financement de mesures concrètes par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour apprendre les uns des autres devrait mener à des idées réalisables de part et d'autre de l'océan Pacifique. Les coûts de cette action sont faibles par rapport aux coûts des politiques en cours et des erreurs stratégiques au sein des systèmes de prestation de services de santé dans les deux pays.

Dans ce numéro

Le premier article de ce numéro, dans la section Discussions et débats, porte sur l'accès des Canadiens aux nouveaux médicaments, en adoptant un point de vue international et en évaluant si les nouveaux médicaments sont commercialisés au Canada pour des raisons de propriété intellectuelle (Lexchin 2025). Bien que l'article souligne que de nombreux nouveaux médicaments ne sont pas commercialisés au Canada, les statistiques présentées permettent de voir si des médicaments à haute valeur thérapeutique en font partie. La discussion conclut que tous les ordres de gouvernement doivent agir pour s'assurer que les Canadiens ont accès à des thérapies efficaces.

Une réplique à l'article de la section Discussions et débats développe l'argument avancé par Lexchin (Clark 2025) en faisant référence aux statistiques qui placent le Canada près de la moyenne parmi les pays de l'OCDE en matière d'échéances et d'étendue de l'accès aux nouveaux médicaments. La réplique souligne justement qu'il y a un risque que les Canadiens n'aient pas accès à certaines nouvelles thérapies – la variabilité génétique au niveau individuel dans le métabolisme des médicaments et la sensibilité des récepteurs peuvent signifier que certains ne reçoivent pas un traitement optimal. La réplique souligne aussi que les personnes atteintes de maladies rares peuvent également courir le risque énorme de ne pas pouvoir accéder à des thérapies particulières pour leur condition ou leurs symptômes. La réplique conclut qu'il est nécessaire de préconiser des réformes au niveau du système, comme un régime national d'assurance médicaments, pour améliorer l'accès aux médicaments de grande valeur d'une manière qui soit financièrement viable.

La section Questions de données du présent numéro comporte plusieurs articles. Le premier a recours aux données du recensement pour examiner comment le statut d'immigrant et le lieu d'éducation affectent l'utilisation des compétences chez les Canadiens ayant un

diplôme en médecine (Schimmele et Hou 2025). L'article indique que l'utilisation des compétences est faible chez les immigrants ayant un diplôme de médecine obtenu à l'étranger, notant que les immigrants formés à l'étranger issus de groupes racialisés ont des résultats moindres que leurs homologues blancs. L'article se termine par un certain nombre de recommandations stratégiques à l'intention des gouvernements fédéral et provinciaux concernant l'harmonisation de la politique d'immigration avec les besoins en main-d'œuvre dans le domaine de la santé.

Le deuxième article de cette section analyse les données de l'Institut canadien d'information sur la santé pour mesurer comment la prestation virtuelle des soins modifie l'accès aux soins psychiatriques (Ruhil et al. 2025). L'étude constate qu'un accès accru aux soins psychiatriques entrave l'accès pour certaines populations plus vulnérables. L'étude conclut que les services psychiatriques devraient assurer un équilibre entre les services en personne et les services virtuels et demande de nouvelles données pratiques pour repérer de nouveaux patients et pour mesurer le taux de littératie numérique des patients.

Le troisième article met à profit les données d'un sondage au Nouveau-Brunswick pour mesurer l'accès aux soins de santé dans la langue officielle de préférence des citoyens (Gallant et al. 2025). L'étude constate que presque tous les Néo-Brunswickois déclarent avoir accès à un fournisseur de soins primaires dans la langue officielle de leur choix; cependant, il n'en va pas de même pour d'autres fournisseurs de soins de santé, comme les pharmaciens ou les thérapeutes. L'article conclut qu'il est nécessaire d'adopter de nouvelles politiques, stratégies et pratiques pour améliorer la concordance linguistique dans tous les milieux de soins de santé au Canada.

Ce numéro présente une recherche concernant les préférences des médecins quant aux systèmes de codage diagnostique (Garies et al. 2025). À l'heure actuelle, dans la plupart des provinces et territoires, les médecins utilisent la version 9 de la Classification internationale des maladies (CIM-9) pour la facturation à l'acte. Cette étude utilise des exercices de codage basés sur des scénarios de cas cliniques auprès d'un échantillon de médecins de famille afin de déterminer leurs préférences en matière de codage. L'article recommande que les gouvernements commencent à explorer de solutions de rechange aux systèmes de codage de la CIM-9 et les auteurs discutent des divers choix qui se présentent.

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

MICHAEL PERVAN

Directeur général

Independent Health and Aged Care Pricing Authority

Sydney, Australie

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Rédacteur en chef

UBC Professor in Health Services and Policy

Centre for Health Services and Policy Research

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

Références

- Blumenthal, D., E.D. Gumas, A. Shah, M.Z. Gunja et R.D. Williams II. Septembre 2024. *Mirror, Mirror 2024: A Portrait of the Failing U.S. Health System: Comparing Performance in 10 Nations*. Fonds du Commonwealth. Consulté le 14 juillet 2025. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2024-10/Blumenthal_mirror_mirror_2024_final_v4.pdf>.
- Brick, A. et S. Connolly. 2021. Waiting Times for Publicly Funded Hospital Treatment: How Does Ireland Measure Up? *The Economic and Social Review* 52(1): 41–52.
- Clark, D. 2025. Accès, valeur et réforme : une analyse du cadre stratégique canadien en matière de produits pharmaceutiques. *Politiques de Santé* 20(4): 29–32. doi:10.12927/hcpol.2025.27665.
- Clement, F. et J.M. Sutherland. 2024. Dépenses de santé : quel est le bon chiffre? *Politiques de santé* 19(4): 6–18. doi:10.12927/hcpol.2024.27379.
- Davis, K., C. Schoen, S.C. Schoenbaum, A.-M.J. Audet, M.M. Doty et K. Tenney. Janvier 2004. *Mirror, Mirror on the Wall: Looking at the Quality of American Health Care Through the Patient's Lens*. 2004. Fonds du Commonwealth. Consulté le 14 juillet 2025. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2004_jan_mirror__mirror_on_the_wall__looking_at_the_quality_of_american_health_care_through_the_patients_lens_davis_mirrormirror_683_pdf.pdf>.
- Doty, M.M., R.S. Tikkanen, M. Fitzgerald, K. Fields et R.D. Williams II. 2020. Income-Related Inequality in Affordability and Access to Primary Care in Eleven High-Income Countries. *Health Affairs* 40(1): 113–20. doi:10.1377/hlthaff.2020.01566.
- Duckett, S. 2020. Conséquences du volet privé dans les services de santé : l'expérience australienne. *Politiques de Santé* 15(4): 21–25. doi:10.12927/hcpol.2020.26228.
- Gallant, F., L. Babin et J.T. McDonald. 2025. Les lacunes en matière d'accès aux soins persistent pour les citoyens qui préfèrent recevoir des services en français dans la seule province officiellement bilingue du Canada : analyse des données du Sondage sur l'expérience vécue par le patient au Nouveau-Brunswick. *Politiques de Santé* 20(4): 48–56. doi:10.12927/hcpol.2025.27664.
- Garies, S., D. Himasara Pathiraja, K.A. McBrien, J.A. Dickinson, N. Crampton, C.A. Eastwood et al. 2025. Préférences des médecins de famille canadiens sur la mise à jour du système de classification pour les problèmes de santé et questions connexes. *Politiques de Santé* 20(4): 57–69. doi:10.12927/hcpol.2025.27666.
- Gouvernement de l'Australie, Australian Institute of Health and Welfare. Décembre 2009. *Public and Private Hospitals: Productivity Commission Research Report*. Consulté le 1er août 2025. <<https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/hospitals/report/hospitals-report.pdf>>.
- Gouvernement de l'Australie, Australian Institute of Health and Welfare. 2 juillet 2024. *Health System Overview*. Consulté le 1er août 2025. <<https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/health-system-overview>>.
- Gouvernement du Canada. 2024. Incidence de l'immigration sur la croissance de la population du Canada de 2014 à 2027. Consulté le 12 août 2025. <<https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/mandat/initiatives-ministerielles/niveaux/croissance-demographique-2014-2027.html>>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2024. Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 – analyse éclair. Consulté le 12 août 2025. <<https://www.cih.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante-2024-analyse-eclair>>.
- Lexchin, J. 2025. Y a-t-il, au Canada, un manque de disponibilité des médicaments importants sur le plan thérapeutique? *Politiques de Santé* 20(4): 21–28. doi:10.12927/hcpol.2025.27666.
- Naik, H., T.M. Murray, M. Khan, D. Daly-Grafstein, G. Liu, B.O. Kassen et al. 2024 Population-Based Trends in Complexity of Hospital Inpatients. *JAMA Internal Medicine* 184(2): 183–92. doi:10.1001/jamainternmed.2023.7410.
- Quesnel-Vallée, A., R. McKay et N. Farmanara. 2020. Cause or Symptom of Quebec Health System Privatization? Dans C.M. Flood et B. Thomas, édés, *Is Two-Tier Health Care the Future?* (pp. 93–122). University of Ottawa Press.

Rathnayake, D., M. Clarke et V. Jayasinghe. 2021. Patient Prioritisation Methods to Shorten Waiting Times for Elective Surgery: A Systematic Review of How to Improve Access to Surgery. *PLOS One* 16(8): e0256578. doi:10.1371/journal.pone.0256578.

Ruhil, A., M. Alizadehsadrddaneshpour, T. Ghose et E. Nauenberg. 2025. Soins virtuels : données pandémiques concernant les changements dans l'accès aux soins psychiatriques au Canada. *Politiques de Santé* 20(4): 41–47. doi:10.12927/hcpol.2025.27620.

Schimmele, C. et F. Hou. 2025. L'emploi dans la profession médicale canadienne selon le statut d'immigrant, le groupe racisé et le genre. *Politiques de Santé* 20(4): 33–40. doi:10.12927/hcpol.2025.27622.

Schneider, E.C., A. Shah, M.M. Doty, R. Tikkanen, K. Fields et R.D. Williams II. Août 2021. *Mirror, Mirror 2021 Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. Fonds du Commonwealth. Consulté September 5, 2025. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf>.

Stafinski, T., F.N.I. Nagase, M.E. Brindle, J. White, A. Young, S. Beesoon et al. 2022. Reducing Wait Times to Surgery – An International Review. *Journal of Hospital Management and Health Policy* 6: 29. doi:10.21037/jhmhp-21-96.