

Reflections on the privitization of health care

John Wootton, MD

Shawville, Que.

Scientific editor, CJRM

Correspondence to:
Dr. John Wootton,
Box 1086, Shawville
QC J0X 2Y0

Quebec has for some time allowed private MRI clinics and in the wake of the Chaoulli decision is experimenting with other public–private configurations. Is this change apocalyptic, or is it unexpectedly benign? The following vignettes (admittedly anecdotal) are offered for consideration:

- An elderly relative, when confronted with the need for a hearing aid, chose to wait in a queue for the publicly available test and fitting when she could have leapt that queue and used a private service. No harm was done.
- Another relative, a vet, is confronted daily with the expectations of paying customers. If a test has to be sent to California to rule out a rare disorder, she had better be right!
- When my son fell on his shoulder and was still in pain a year later, I learned that an MRI was covered by my hospital administrator insurance and (staunch defender of public health care that I consider myself to be) arranged to have it done. The problem was identified within the week; however, to date (6 mo later) further management has not been required.
- A patient, with no such insurance, persistent leg pain and a conviction (not well founded) that an MRI would find her problem, waited 6 months. Nothing was found.
- Another patient, injured at work, found that workman's compensation would happily pay for his expedited MRI, after which, physiotherapy, the treatment prescribed before the test, continued.
- A patient in our ER who developed a neurologic deficit with a level at T10 could not have a stat MRI because of local factors. A CT scan was done instead. The diagnosis was evident and no MRI was needed.

What does all this prove? Nothing definitive, of course, but to me it suggests that although the system is changing, the sky has not fallen.

The landscape is littered with the casualties of this debate — the rest are dug in in opposite trenches, not talking to each other. This non-random sample of 6 more or less sequential events may not prove much, but it does suggest that although a bunch of folks jumped the queue (and a bunch didn't), in the end it didn't matter very much.

This may be the key. Public health care is most hampered by its inability to triage resources effectively to those who need them the most. A variety of pressures, from litigation angst to uncritical use, has made everyone wait. By opening some doors to those who can pay, consumer pressure will be deflected to a system that is designed to respond to it. By absorbing this pressure, largely based on want, space may be freed up in the public system to respond in a more timely fashion to demand based on need. I suspect that the patient in need of a rapid diagnosis leading to an expensive treatment may well prefer, in the end, to have it paid for by the state. I know I would.

© 2007 Society of Rural Physicians of Canada



Réflexions sur la privatisation des soins de santé

John Wootton, MD

Shawville (Qué.)

Rédacteur scientifique,
JCMR

Correspondance :
Dr John Wootton,
CP 1086, Shawville
QC J0X 2Y0

Le Québec permet depuis quelque temps les cliniques privées d'IRM et, suite à la décision Chaoulli, fait l'essai d'autres formes d'aménagements public–privé. Ce changement sera-t-il cataclysmique ou, malgré tout attente, bénin? Nous vous soumettons les vignettes suivantes (que nous avouons anecdotiques) comme matière à réflexion :

- Comme elle avait besoin d'une prothèse auditive, une parente âgée a choisi d'attendre en file pour les services publics d'examen et d'ajustement disponibles, même si elle aurait pu obtenir plus rapidement un service privé. Elle n'a subi aucun préjudice.
- Une autre proche, vétérinaire, doit faire face quotidiennement aux attentes de clients payants. Lorsqu'elle décide de faire exécuter un test en Californie pour exclure un trouble rare, il est préférable pour elle d'avoir raison!
- Mon fils s'est blessé à l'épaule en tombant et avait encore de la douleur un an plus tard. J'ai alors appris que mon assurance d'administrateur d'hôpital couvrait une IRM et (en solide défenseur de la santé publique que je crois être) j'ai pris des mesures pour qu'il obtienne cet examen. Le problème a été identifié en moins d'une semaine, mais jusqu'à maintenant (six mois plus tard), il n'a pas eu besoin d'autre traitement.
- Une patiente, qui ne bénéficiait pas d'une telle assurance, atteinte d'une douleur persistante à la jambe et convaincue (sans raison) qu'une IRM découvrirait son problème, a attendu six mois. On n'a rien trouvé.
- Un autre patient blessé au travail a constaté que la commission des accidents du travail s'empresserait de payer son IRM en accéléré, après quoi les traitements de physiothérapie, prescrits avant l'examen, se sont poursuivis.
- Un patient admis à notre urgence a présenté un déficit neurologique de niveau T10 et n'a pas pu recevoir une IRM immédiatement en raison de facteurs locaux. Il a reçu plutôt une tomodensitogramme. Le diagnostic était évident et il n'a pas eu besoin d'IRM.

Que peut-on conclure de ces anecdotes? Rien de certain, bien entendu, mais cela m'indique que même si le système se transforme, le ciel ne nous est pas tombé sur la tête.

Le champ de bataille est jonché des victimes de ce débat — les autres sont retranchés dans leurs avis opposés et ne se parlent pas. Cet échantillon non aléatoire de six événements plus ou moins séquentiels ne prouve peut-être pas grand-chose, mais il indique que même si beaucoup de gens ont coupé la file (et que beaucoup d'autres ne l'ont pas fait), cela n'a pas eu beaucoup d'importance en bout de ligne.

Voilà peut-être la clé. C'est son incapacité à affecter efficacement les ressources à ceux qui en ont le plus besoin qui entrave le plus le système de santé public. Diverses pressions, de la phobie des litiges à l'utilisation sans discernement, ont fait attendre tout le monde. En ouvrant des portes à ceux qui peuvent payer, on détournera la pression exercée par les consommateurs vers un système conçu pour y répondre. En absorbant cette pression, fondée en grande partie sur les désirs, on pourra peut-être libérer de l'espace dans le système public pour lui permettre de répondre plus rapidement à la demande fondée sur les besoins. Je soupçonne que le patient qui a besoin d'un diagnostic rapide pour un problème nécessitant un traitement coûteux pourrait très bien préférer en bout de ligne que ce soit l'État qui paye. Ce serait mon cas.

© 2007 Society of Rural Physicians of Canada