A two-tiered health care system: Is there anything new?

Recently, I was reminded of something I had read or heard, but of course, I cannot remember who said it. It goes, "When I say something, it means exactly what I intended it to mean, nothing more, nothing less". In recent days, we have been reading and hearing a lot (again) about a two-tiered health care system – with many opposed, but some supportive. My suspicion is that that neither party understands what the other means by this term.

Certainly, when two-tiered health care is referred to by some, it means the kind of system that the United Kingdom and many parts of Europe have used, wherein there is a public health care system that provides guaranteed care for all citizens, but a parallel system whereby individuals can purchase care faster and often in more pleasant surroundings. The evidence is conflicting as to which system provides better quality. Of note, physicians have been able to participate in both systems. Many years ago, when I trained in the United Kingdom, most of my mentors were appointed as consultants for the National Health Service and thus worked at a hospital where they were the responsible physicians for the care of patients admitted to the 'public service'. In addition, these consultants had their 'private rooms', often on Harley Street, where they saw patients who paid for the service. Most would agree that this was a two-tiered system – one for the rich and another for everyone else. Although many concerns were expressed about whether the consultants tried to steer patients to the private side, the system actually did not work so badly.

In Canada, we primarily think of the United States as the second tier for those Canadians who become frustrated with waiting for the service they require within the Canadian single-tiered health care system. However, the United States system is also essentially a single-tiered health care system that is supplemented by public funds to provide care for elderly and poor patients. Thus, neither the United States nor Canada technically has a two-tiered health care system. But the term 'two-tiered' conjures up visions in Canadians of all the social failings of a system that does not provide universal coverage, such as the single-tiered system of the United States.

So in the past few weeks, we have learned that the Canadian Medical Association (CMA) has developed a policy document (1) on some current weaknesses of the Canadian health care system and provides a call for action. Essentially, the report recognizes three significant failings that require urgent correction. The first is the workforce shortages, which requires a national strategy. The second is the continuing issue of access to care. Finally, the report calls for an extension of drug coverage to include some protection against the potential economic devastation from the costs of some of the new therapies.

It is the access to care issue that has again caught the public's attention. The CMA document recommends that there be maximum wait times developed for more conditions; when these maximum wait times are exceeded, the service should be provided in another jurisdiction, province or country at no cost to the patient; if resources are not adequate in the public system to provide the service, the public system contracts with the private

Eldon R Smith

Un système de santé à deux vitesses : Y a-t-il quelque chose de neuf ?

Je me suis récemment rappelé une citation que j'ai lue ou entendue, mais bien sûr, je ne sais plus qui en est l'auteur : « Quand je dis quelque chose, je veux dire exactement ce que j'ai l'intention de dire, ni plus, ni moins. » Ces derniers jours, j'ai beaucoup lu au sujet du système de santé à deux vitesses et j'en ai beaucoup entendu parler (encore). Bien des gens s'y opposent, mais certains le soutiennent. Je soupçonne qu'aucune des deux parties ne comprend ce que l'autre entend par ce terme.

Bien sûr, par santé à deux vitesses, on désigne le type de système utilisé au Royaume-Uni et dans de nombreuses régions d'Europe, où un système de santé public garantit des soins à tous les citoyens, mais où un système parallèle permet aux particuliers d'acheter des soins plus rapidement, souvent dans un milieu plus agréable. Les données probantes sont conflictuelles quant au système qui assure la meilleure qualité. Il faut souligner que les médecins sont en mesure de participer aux deux systèmes. Il y a de nombreuses années, lorsque j'ai étudié au Royaume-Uni, la plupart de mes mentors étaient consultants pour le *National Health Service* et travaillaient donc à un hôpital où ils étaient médecins responsables des soins aux patients admis aux « services publics ». Ces consultants avaient également leur « salle privée », généralement sur Harley Street, où ils recevaient des patients qui payaient pour les services. La plupart conviendront qu'il s'agit là d'un système à deux vitesses, un pour les riches et l'autre pour le reste de la population. On s'inquiétait beaucoup du risque que les consultants tentent d'attirer leurs patients vers le système privé, mais le système ne fonctionnait pas si mal.

Au Canada, les États-Unis sont perçus comme la deuxième vitesse pour les Canadiens qui deviennent frustrés d'attendre les services dont ils ont besoin au sein du système canadien à une seule vitesse. Pourtant, le système américain a lui aussi essentiellement une seule vitesse, compensée par des fonds publics pour offrir des soins aux personnes âgées ou défavorisées. Ainsi, techniquement ni les États-Unis ni le Canada ne sont des systèmes à deux vitesses. Le terme « deux vitesses » évoque toutefois pour les Canadiens des visions de toutes les défaillances sociales d'un système qui ne procure pas une couverture complète, comme le système à une seule vitesse des États-Unis.

Ces dernières semaines, nous avons appris que l'Association médicale canadienne (AMC) a élaboré un énoncé de politique (1) sur certaines faiblesses du système de santé canadien et qu'elle propose un appel à l'action. Pour l'essentiel, le rapport fait état de trois grandes défaillances qui doivent être corrigées le plus rapidement possible. La première est la pénurie d'effectifs, qui nécessite une stratégie nationale. La deuxième est le problème constant de l'accès aux soins. Enfin, le rapport préconise l'expansion de l'assurance-médicaments pour inclure une certaine protection contre les coûts catastrophiques de certaines nouvelles thérapies.

C'est encore la question de l'accès aux soins qui a retenu l'attention du public. Le document de l'AMC recommande l'établissement de temps d'attente maximaux pour un plus grand nombre de maladies. Lorsqu'on dépasse ce temps d'attente, il faut

sector (publicly funded/privately delivered); if service still cannot be provided because of inadequate resources, citizens should have access to private insurance so that care can be obtained in the private sector; and physicians should be able to practice in both the private and public systems (as long as access and quality are maintained) or at least have the right to opt out of the publicly funded system.

Obviously, it is the recommendations that relate to private care delivery that have caught the public's attention. There have been mostly negative comments from the press and from politicians because of the spectre of two-tiered medicine, but I doubt that any two commentators have the same construct for what this means. It seems that we readily forget that presently, physicians provide publicly funded services as private practitioners. In a number of jurisdictions, regional health authorities have contracted with private facilities for the provision of designated services to relieve pressure on public facilities. It seems difficult to consider this to be the beginning of the end, as long as the contracting process is transparent and the quality expectations are the same in the private system as in the public system. Physicians generally have the right to choose, and they usually do, to work in the private facility and the public system. Indeed, given our current human resource shortfall, it would represent another challenge if this was not allowed. Although interpretations may vary, I find it difficult to accept that any of these situations represent two-tiered medicine. However, if private insurance coverage is allowed, then a two-tiered system may result unless great care is taken as to what can be insured and under what circumstances – otherwise, we could morph into universal coverage for all – but faster service for those who can afford private insurance.

So is it the fear of the private insurance option that is creating the public concern? It seems to me that any mention to Canadians of the 'private sector' in relation to health care results in angst. Perhaps this just reflects the amount of emotion surrounding something that we, as Canadians, care about deeply. However, I agree with the CMA that we really do have to move beyond the fear of discussion to begin to explore the range of available options as to how we can protect the principles of the Canada Health Act while assuring that the system is sustainable in the future.

To the average citizen, this is all very confusing. It seems to me that everyone is saying that they 'mean exactly what they intend to mean', but many are not sure what is intended. This reminds me of another quote, the originator of which I also cannot remember: "I don't understand you – you don't understand me. I wonder what else we have in common".

Stay tuned.

Eldon R Smith
Editor-in-Chief

REFERENCES

1. The Canadian Medical Association. Medicare plus: Toward a sustainable publicly funded health care system in Canada. <www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/MedicarePlus/still_about_access.pdf>

The views expressed on this page are those of the Editor-in-Chief and are not intended to reflect the opinions of the Canadian Cardiovascular Society or Pulsus Group Inc.

assurer le service dans un autre territoire de compétence, une autre province ou un autre pays, sans frais pour le patient. Si les ressources ne sont pas suffisantes pour offrir le service dans le système public, celui-ci retient les services du secteur privé (financement public, service privé). Si le service ne peut toujours pas être prodigué en raison de ressources insuffisantes, les citoyens devraient avoir accès à une assurance privée pour obtenir les soins dans le secteur privé, et les médecins devraient pouvoir exercer à la fois dans les systèmes public et privé (tant que l'accès et la qualité sont respectés) ou, du moins, être autorisés à se retirer du système public.

De toute évidence, c'est la recommandation relative à la prestation de soins privés qui a retenu l'attention du public. La presse et les politiciens ont surtout fait des commentaires négatifs, en raison du spectre du système à deux vitesses, mais je doute que deux commentateurs aient la même perception de sa signification. Il semble que nous oublions d'emblée que les médecins procurent des services financés par le secteur public à titre de praticiens privés. Dans quelques territoires de compétence, les autorités sanitaires régionales ont embauché des établissements privés afin de prodiguer des services désignés pour soulager la pression exercée sur les établissements publics. Il semble difficile d'envisager ces mesures comme le début de la fin, pourvu que le processus de négociation de contrats demeure transparent et que les exigences de qualité demeurent les mêmes dans le système privé et dans le système public. Règle générale, les médecins sont autorisés à choisir de travailler à la fois dans le système public et dans le système privé, et c'est habituellement ce qu'ils font. En fait, étant donné la pénurie actuelle d'effectifs, un autre problème surgirait si on l'interdisait. Les interprétations peuvent varier, mais j'ai de la difficulté à accepter que l'une ou l'autre de ces situations représente un système à deux vitesses. Cependant, si on autorise les régimes d'assurance privée, un système à deux vitesses pourrait voir le jour, à moins qu'on s'efforce d'établir ce qui peut être assuré et dans quelles situations – autrement, on pourrait le transformer en régime universel –, plutôt que des services plus rapides à ceux qui peuvent se permettre l'assurance privée.

Est-ce la crainte du régime d'assurance privée qui soulève les inquiétudes du public? Il me semble que toute mention du « secteur de santé privé » suscite l'angoisse des Canadiens. Cette attitude reflète peut-être simplement toute l'émotion qui entoure un sujet auquel, nous, les Canadiens, tenons beaucoup. Cependant, je conviens avec l'AMC qu'il faut dépasser la crainte des discussions pour explorer la gamme des possibilités qui permettront de protéger les principes de la Loi canadienne sur la santé tout en garantissant la pérennité du système.

Pour le citoyen moyen, tout cela prête à confusion. Il me semble que tout le monde dit « exactement ce qu'il a l'intention de dire », mais que nombreux sont ceux qui ne connaissent pas cette intention. Ce qui me rappelle une autre citation, dont je ne me rappelle pas davantage l'auteur : « Je ne vous comprends pas plus que vous me comprenez. Je me demande si nous avons autre chose en commun. »

Restez à l'écoute.

Eldon R Smith
rédacteur en chef

RÉFÉRENCES

1. L'Association médicale canadienne. L'assurance maladie bonifiée : Vers un système de santé viable financé par le secteur public au Canada. <policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD07-03F.pdf>

Le présent point de vue n'engage que le rédacteur en chef et ne reflète pas nécessairement celui de la Société canadienne de cardiologie ou de Pulsus Group Inc.