Universality: Moving Beyond Access to Outcome

R.E. Modrow, R.G. Mathias

Public administration in Canada has reflected the centralized, bureaucratic, command and control approach to regulating the provision of health services. As an organizational mechanism designed to achieve uniformity throughout the service delivery process, it has been fundamentally successful.¹ Ever alert to the possibility of a political crisis caused by variability in the service delivery process² yielding different access for some members of the public, Ministers of Health have directed their deputy ministers, their assistants and corresponding staffs across Canada, numbering in the thousands, to pursue the goal of process uniformity by issuing, monitoring and enforcing compliance with federal and/or provincial directives. There is little doubt that health care process uniformity has been accepted by the public as a valid and reliable measure of political accountability. The organizational model best suited to insure that process uniformity is maintained and hence, political accountability fulfilled, is the centralized, command and control bureaucracy. Why else has the measure of waiting lists for surgery been seen as an acceptable outcome of the system, rather than the timely and appropriate care of the ill that results in improved and specified health outcomes such as the health-related quality of life?

With the fall of the Berlin wall and end to the cold war, there was general acknowledgement that the communist centralized, command and control, bureaucratic, one-size-fits-all approach to public sector management had failed. In Canada the desire of governments to curtail spending in order to eliminate deficits and reduce accumulated debt, resulted in the creation of various provincial royal commissions, task forces, study groups, etc., whose job was to hold hearings, conduct site visits, collect and analyze data, and, at the end of the

day, weigh and balance all that they had learned and experienced to produce recommendations for the Ministers. Most final reports contained recommendations that the respective province move away from the centralized, command and control approach to the delivery of health services and in the direction of organizational arrangements that allowed, facilitated and even encouraged process variability in order to achieve a more cost-effective fit between the health care needs of local populations and the health care service delivery response to those various needs. These recommendations have been variously implemented in health regions.

Efforts to redesign provincial health care delivery systems have resulted in savings due mainly to the downsizing and closing of acute care facilities, and the elimination of health care management positions. Community advisory committees have been created to include more input from those traditionally left out of the decision-making process. There has been a noticeable lack of progress in achieving the goal of replacing the one-size-fits-all with a different-sizes-for-different-needs delivery system. This lack of progress may, in part, be attributed to concerns that those opposed to change would likely point to process variability as evidence of a reduced political commitment to universality. Using the well-known slippery slope argument that any process variability, or deviation from a one-size-fits-all reality, would immediately lead to a U.S.-type health care industry, with some people finding that their health experience is different than someone else's, could stir up emotional fears that, from a political point of view, would be very difficult to contain. The political risk associated with change would have been substantially reduced had the shift from a centralized bureaucracy to a devolved model been made contingent upon the creation of consensually agreed-

upon, evidence-based, health-related quality of life measures² that could be readily implemented, together with adequate funding of surveillance systems to provide end-user decision makers with the surveillance products necessary to monitor, assess and intervene for the achievement of those outcomes. The provision of predetermined deliverables, however, has the drawback that accountability could be measured against performance for both providers and politicians.

The failure to adequately prepare in advance for implementing the various devolved models of health services and public health delivery may, in part, be attributed to actions taken (or not taken) by those whose interests are best served by maintaining the centralized, bureaucratic, command and control, model. While efforts to devolve provincial health care delivery systems have managed to give the impression that significant change is taking place, there is little hard evidence that governments have been willing to "walk the talk" by delegating the meaningful authority and discretionary control over resources that is necessary to convert those impressions into operational realities. For governments to "loosen the leash" in any meaningful way, will require the existence of evidence-based outcome measures or health system goals, including the specification of predetermined deliverables, which can be publicly referenced as evidence that the system is fulfilling its commitment to health for all.

Science is based on the measurement and interpretation of variation as a method of testing hypotheses to validate the underlying theories. In order to determine if one approach is superior to another, the careful implementation and evaluation of differing programs can indicate the relative cost-effectiveness of the different approaches in achieving the outcomes specified. As long as the system is managed only to achieve

Department of Health Care and Epidemiology, UBC

uniform processes, and not for health-related outcomes, the public will continue to see a monolithic structure which cannot evolve the knowledge base to implement the changes in the system necessary to improve health-related quality of life for the people who are funding the system, the Canadian public.

If the purpose of the Canadian health system is to improve and maintain the population's health, universality needs to be linked to outcomes. Limiting the debate on universality to only process measures of access is a misinterpretation of the concept

and leads to discussion and debate on issues that are only tangentially related to health outcomes. One of the advantages to maintaining the current process debate is to limit political accountability to access issues and processes such as waiting lines and service availability. The private sector health industry in the US may become so advanced in the outcomes-based orientation that it will become a greater threat to universality than the traditional threats to access that are posed by process variability. Universality needs to be conceptually linked to health outcomes across govern-

mental departments and systems. The current debate needs to be refocussed to the issue of health-related quality of life outcomes which hold the potential of maximizing the quality of life of all Canadians.

REFERENCES/BIBLIOGRAPHIE

1. Badgley R. Social and economic disparities under Canadian health care. *Int J Health Serv* 1991;21:659-71.
2. Durch J, Bailey LA, Stoto MA (Eds.). *Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring*. Washington, DC: National Academy Press, 1997.

Universalité : de l'accès aux résultats

R.E. Modrow, R.G. Mathias

L'administration publique au Canada a opté pour une approche centralisée, bureaucratique, de type commandement et contrôle, en matière de régulation des prestations de santé. En tant que mécanisme structurant conçu pour déboucher sur l'uniformité dans la prestation des services, on peut dire que cela a été un succès.¹ Toujours aux aguets de la possibilité de voir se déclarer une crise politique causée par les différences dans la prestation de services susceptibles de servir inégalement le public, partout au Canada les ministres de la Santé ont demandé à leurs sous-ministres, à leurs adjoints et à leurs personnels de tutelle—soit à des milliers de personnes—de viser l'uniformité des procédures en émettant, en contrôlant et en faisant appliquer des directives fédérales et (ou) provinciales. Il ne fait guère de doute que l'uniformité des procédures dans les soins de santé est considérée par le public comme une mesure à la fois valable et fiable de responsabilité politique. Le modèle d'organisation le mieux à même de garantir le maintien de l'uniformité des mêmes procédures pour tous et, partant, la responsabilité du pouvoir politique, est de recourir à une bureaucratie centralisée, de type commandement et contrôle.

Comment expliquer autrement que l'acceptation des listes d'attente pour une intervention chirurgicale soit considérée comme une conséquence acceptable du système plutôt que la prestation des soins nécessaires en temps voulu qui se solde par de meilleurs résultats au plan de la santé, et par voie de conséquence par une meilleure qualité de vie?

Après la chute du mur de Berlin et la fin de la Guerre froide, tout le monde s'est rendu à l'évidence que l'approche communiste centralisée, de type commandement et contrôle, bureaucratique et identique pour tous s'agissant de la gestion du secteur public avait échoué. Au Canada, la volonté des gouvernements de limiter les dépenses afin d'éliminer les déficits et de réduire la dette accumulée, a eu pour effet d'amener la création de différentes commissions royales provinciales, de groupes de travail et d'étude, etc...dont la tâche consistait à tenir des audiences publiques, à effectuer des visites, à recueillir et à analyser de l'information, et en fin de compte, à évaluer et peser tout ce qui avait été appris et vécu pour formuler des recommandations aux ministres. La plupart des rapports finals comprenaient des recommandations encourageant la province concernée à s'écarter de l'approche centralisée, de type commandement et contrôle, en matière de prestation

des services de santé et à plutôt s'orienter vers des modalités permettant, facilitant, voire même encourageant, une diversité de procédures dans le but d'en arriver à une corrélation plus rentable entre les besoins de soins des populations locales et les prestations de soins correspondantes. Selon les régions, ces recommandations ont été mises en oeuvre à des degrés divers.

Les économies réalisées grâce aux efforts déployés pour repenser les systèmes provinciaux de prestation de soins ont pu être faites essentiellement grâce à la réduction des effectifs et à la fermeture des établissements de soins de courte durée, ainsi qu'à l'élimination d'un certain nombre de postes d'administration dans les soins de santé. Des comités consultatifs communautaires ont été mis sur pied en vue de recueillir le point de vue de ceux qui avaient été traditionnellement écartés de la prise de décisions. On a constaté l'évidente absence de progrès pour passer d'un système identique pour tous à un système adapté et proportionné aux différents besoins. On peut pour partie attribuer cette absence de progrès aux problèmes que les opposants au changement pourraient invoquer pour montrer que les différentes procédures sont la preuve d'un affaiblissement de l'engagement politique en faveur de l'universalité. Le recours à l'argument éculé et tendancieux voulant que toute dif-

Département de soins de santé et d'épidémiologie, Université de la C.-B.

férence de procédure ou écart par rapport au traitement identique pour tous, aboutirait automatiquement à la mise en place d'une industrie des soins de santé de type américain—avec certaines personnes qui estimerait que leur expérience diffère de celle des autres—pourrait susciter des inquiétudes qu'il serait très difficile de contenir d'un point de vue politique. Le risque politique associé au changement aurait pu être diminué de façon substantielle si le passage d'une bureaucratie centralisée à un modèle décentralisé avait dépendu de la création de mesures de qualité de vie, de type consensuel, fondé sur des preuves et en rapport avec la santé,² susceptibles d'être facilement mises en oeuvre avec un financement suffisant des systèmes de surveillance pour donner aux décideurs-usagers du système les moyens de surveillance nécessaires pour contrôler, évaluer et intervenir en vue d'arriver à ces résultats. Toutefois, la prestation de services prédéterminés a comme inconvénient que la responsabilité peut être évaluée au regard du travail tant des prestataires que des politiciens.

L'absence de préparation adéquate à la mise en oeuvre des divers modèles décentralisés de services de santé et de prestations de soins de santé publique peut être en partie due aux mesures prises (ou non prises) par ceux qui ont pour intérêt de maintenir le modèle centralisé, bureaucratique, de type commandement et contrôle. Bien que les efforts faits pour décentraliser les systèmes provinciaux de prestation de soins de santé aient réussi à donner l'impression qu'un changement majeur était en train d'intervenir, dans la réalité rares sont les faits qui montrent que les gouvernements sont prêts à respecter leur parole en déléguant le pouvoir et le contrôle discrétionnaire sur les ressources qui sont nécessaires pour que cette impression se traduise en une réalité au plan des opérations. Pour que les gouvernements relâchent véritablement les rênes, il faudra avoir des mesures des résultats ou des objectifs du système de santé, et notamment de ceux prédéterminés, qui soient fondés sur des preuves et auxquels on puisse publiquement faire référence

comme preuves que le système s'acquitte de son mandat, à savoir celui de la santé pour tous.

La science repose sur la mesure et l'interprétation des variations comme méthode de mise à l'essai des hypothèses pour vérifier les théories sur lesquelles elles sont basées. S'agissant de déterminer la supériorité d'une approche par rapport à une autre, la mise en oeuvre et l'évaluation soigneuses des différents programmes permettent de connaître la rentabilité relative des différentes approches pour arriver aux résultats voulus. Tant que l'organisation du système visera seulement la même procédure pour tous, et non pas des résultats en corrélation directe avec la santé, le public continuera de percevoir le système comme une structure monolithique, incapable de se doter des connaissances nécessaires à la mise en oeuvre des changements qu'il exige pour améliorer la qualité de vie au plan de la santé des individus qui le financent, à savoir la population du Canada.

Si le but du système canadien de soins de santé est d'améliorer et de préserver la santé de la population, il importe que l'universalité soit rattachée à des résultats. Limiter le débat sur l'universalité des soins aux seuls mécanismes d'accès est une interprétation erronée du concept qui a pour effet d'amener à discuter de questions qui ne sont pas directement reliées aux résultats de santé. On continue le débat actuel car il présente comme avantage de limiter la responsabilité politique aux seules questions d'accès et de procédure comme les listes d'attente et la disponibilité des services. Le secteur des soins de santé privé aux États-Unis risque d'aller si loin dans l'approche basée sur les résultats qu'il pourrait menacer encore plus l'universalité que les obstacles traditionnels à l'accès aux soins que posent les différences dans les procédures. Les services gouvernementaux et les systèmes doivent rattacher le concept de l'universalité aux résultats de santé. Le débat en cours doit être recentré sur les résultats au plan de la qualité de vie en termes de santé, car cette approche peut potentiellement maximiser la qualité de vie de tous les Canadiens.

May is hearing & speech month

Can your child hear?
Will your child speak?

**Early detection of
hearing impairment..
Your responsibility.**

Contact those who share this responsibility...
The medical community, audiologists, speech-language
pathologists, and teachers of the hearing impaired.

Making a difference...

THE ELKS PURPLE CROSS
DEAF DETECTION and DEVELOPMENT PROGRAM

Helping Children Through the
Elks Purple Cross Fund

Made possible through your kind financial
support. For more info call Toll Free

1-888-THE ELKS (843-3557)

FAX (306) 565-2860