

**Coeditors
Corédacteurs**

James P. Waddell, MD, *Toronto*
tel 416 864-5048
fax 416 864-6010
waddellj@smh.toronto.on.ca

Garth L. Warnock, MD, *Vancouver*
tel 604 875-4136
fax 604 875-4036
gwarnock@interchange.ubc.ca

**Managing Editor
Rédactrice administrative**

Linda Miland, *Ottawa*

**Editorial Assistant
Adjointe à la rédaction**

Melanie Mooy, *Ottawa*

**Editorial Board
Conseil de rédaction**

Richard J. Finley, MD, *Vancouver*
Michael Gross, MD, *Halifax*
Edward J. Harvey, MD, *Montréal*
Geoffrey H.F. Johnston, MD, *Saskatoon*
William J. Mackie, MB ChB, *Edmonton*
Vivian C. McAlister, MD, *London*
Peter J. O'Brien, MD, *Vancouver*
Eric C. Poulin, MD, *Toronto*
William R.J. Rennie, MD, *Winnipeg*
David C. Taylor, MD, *Vancouver*

**Section Editors
Rédacteurs des sections**

David P. Girvan, MD, *London*
Edward J. Harvey, MD, *Montréal*
Andrew W. Kirkpatrick, MD, *Calgary*
Ronald R. Lett, MD, MSc, *Vancouver*
Peter L. Munk, MD, *Vancouver*
Ori D. Rotstein, MD, *Toronto*
Nis Schmidt, MD, *Vancouver*
Richard K. Simons, MB, BChir, *Vancouver*
Lawrence A. Stein, MD, *Montréal*

**Book Review Editor
Rédacteur, critiques de livres**

William R.J. Rennie, MD, *Winnipeg*



Printed on recycled paper • Imprimé sur papier recyclé

Wait times and health care resources

Recent discussions between federal and provincial First Ministers and Health Ministers have once again emphasized issues relating to waiting times for elective medical care in Canada. There has been increasing interest in waiting times for both diagnostic and therapeutic procedures in many different jurisdictions. Ad hoc rationing of medical care has occurred in various settings, primarily due to lack of resources, human and physical.

A number of provinces and the federal government have promoted the concept of *acceptable waiting times* for both diagnostic and therapeutic intervention. Unfortunately, selection bias has been evident.

Hip and knee replacement surgeries have been targeted for a long time by the Canadian Orthopaedic Association and many provincial orthopedic associations as having waiting times that are unfortunately prolonged. These waits, frequently documented at a year or more, cause considerable distress for patients and anxiety in physicians, both referring and consulting. Establishment of the Canadian Joint Replacement Registry has enabled orthopedic surgeons to document actual wait periods until both the initial specialist consultation and the hip and knee replacement surgery, as well as their patients' degree of disability prior to surgical treatment.

A concerted effort by the Canadian Orthopaedic Association and the Canadian Joint Replacement Registry has helped to promote a move to national standards for wait times for hip and knee replacements. All of this has taken place in an emotionally charged milieu in which provincial governments are increasingly pressed

to control health care costs; various advocacy groups are promoting or opposing more private spending in health care; and a case has reached the Supreme Court of Canada alleging human rights violations because of prolonged waiting for hip replacement surgery. It is within this context that decisions are being made on how best to produce standards for uniform wait times for hip and knee replacement surgery, monitoring waiting lists, and prioritizing wait-listed patients according to their degree of disability.

Unfortunately, what's missing from this discussion is a determination of where the resources will come from, to allow for changes in the delivery of these specific types of orthopedic surgical intervention. Are the resources to come from within the orthopedic community? Is it anticipated that we will discriminate against patients with spinal disease, shoulder instability or foot and ankle deformity, making them wait longer for treatment so that hip and knee arthritis patients receive more timely intervention? This is not an option, since the waiting times for treatment of musculoskeletal disease tend to be excessively long in every area of orthopedic surgery.

Are the resources to come from other surgical specialties? Should patients with breast cancer, for example, have their biopsies delayed in order to provide more resources for patients with hip or knee arthritis? Should patients with cardiac disease, now usually dealt with promptly, be made to wait "a little longer" to provide more resources for orthopedic patients? Neither option would be acceptable to the patients, their care providers or to health care planners.

I use the example of hip and knee replacement because it is the area in which I am most familiar, but I could advance the same argument for areas such as cataract surgery, mental health, magnetic resonance imaging and computed tomographic examination, and a myriad other therapeutic or diagnostic procedures.

The point must be made to health care planners and hospital administrators in the strongest possible terms that decreases in wait times and increased access to service for some pa-

tients can not occur at the expense of others equally deserving of care. The debate around waiting periods and proposals to decrease them in certain areas has been unfortunately limited to some extent by the advocacy skills of patient groups. A program to reduce wait times and increase access to medical care should not be advanced for specific groups of patients but for patients as a whole.

The mechanics of decreasing wait times and increasing access are multifactorial. They must include an ac-

knowledgement by health care planners and provincial Ministries of Health that an investment in increased personnel and matériel resources is required to bring about the desired change in health care delivery. The allocation of scarce resources from one type of patient to another, to the detriment of the former, should be unacceptable to physicians and surgeons in this country.

James P. Waddell, MD
Coeditor

Périodes d'attente et ressources de la santé

Les récentes discussions entre les premiers ministres et les ministres de la Santé des gouvernements fédéral et provinciaux ont de nouveau mis l'accent sur le problème des périodes d'attente pour les soins médicaux facultatifs au Canada. Dans bien des régions, on s'intéresse de plus en plus aux périodes d'attente pour les services de diagnostic et de traitement. On a aussi constaté un rationnement occasionnel des soins médicaux dans divers milieux, principalement à cause d'un manque de ressources humaines et matérielles.

Le gouvernement fédéral de même qu'un certain nombre de provinces ont favorisé le concept de périodes d'attente acceptables pour des interventions de diagnostic et de traitement. Malheureusement, un régime de faveur est apparu.

Depuis longtemps, l'Association canadienne d'orthopédie et beaucoup d'associations orthopédiques provinciales ont ciblé l'arthroplastie du genou et de la hanche (AGH) comme faisant l'objet de périodes d'attente qui sont malheureusement prolongées. Ces attentes, souvent documentées à un an ou plus, causent une

détresse énorme chez les patients et une inquiétude aussi bien chez le médecin traitant que le médecin conseil. La mise sur pied du Registre canadien des remplacements articulaires a permis aux chirurgiens orthopédiques de documenter les périodes d'attente réelles, de la consultation initiale avec un spécialiste jusqu'à l'AGH, de même que le niveau d'invalidité de leurs patients avant l'intervention chirurgicale.

Un effort concerté de l'Association canadienne d'orthopédie et du Registre canadien des remplacements articulaires a contribué à promouvoir l'établissement de normes nationales d'attente pour une AGH. Tout cela s'est déroulé dans un contexte très émotionnel durant lequel les gouvernements provinciaux se voient de plus en plus pressés de contrôler les coûts des soins de santé, tandis que divers groupes de pression favorisent ou rejettent une augmentation des dépenses du secteur privé dans les soins de santé, et qu'une poursuite alléguant une violation des droits de la personne en raison d'une attente prolongée pour une arthroplastie de la hanche a été intentée devant la Cour

suprême du Canada. C'est dans ce contexte que des décisions sont prises sur la meilleure façon de créer des principes pour la normalisation de périodes d'attente uniformes pour l'AGH, de surveiller les listes d'attente et de prioriser les patients sur ces listes en fonction de leur degré d'invalidité.

Malheureusement, il y a une lacune dans cette discussion : d'où viendront les ressources qui permettront de modifier la prestation de ces types spécifiques d'intervention chirurgicale orthopédique? Ces ressources viendront-elles de la communauté orthopédique? Croit-on que nous discriminerons envers les patients qui ont une maladie rachidienne, une instabilité de l'épaule ou une malformation du pied ou de la cheville en prolongeant leur attente de traitement afin que les patients nécessitant une arthroplastie du genou ou de la hanche reçoivent une intervention plus rapide? Cela n'est pas une option, car les temps d'attente de traitement d'une maladie musculosquelettique sont en général excessivement longs dans tous les secteurs de la chirurgie orthopédique.

Les ressources viendront-elles d'au-