



Eat what you kill

Grant Innes, MD

Warning: This editorial contains language that will be offensive to some.

You race from patient to patient, spending the minimum necessary time with each. You work 10-hour stretches without stopping or eating, because patients are waiting. At any given time, 17 decisions hang over your head. When the shift is over, you bolt for the bathroom to empty 923 mL of concentrated urine from your bladder. Then you sit down in front of the stack of blank charts you didn't have time for during the shift, but you're too exhausted to write them up. You envy colleagues in other specialties who stop for lunch and socialize in the doctors' lounge. Your friends ask, "Can you do this for more than 15 years?" You are an emergency physician, and many of your problems are self-inflicted, the result of fee-for-service ("eat what you kill") remuneration.

The best thing about fee-for-service (FFS) is that it motivates us to work like dogs, to see more patients faster and to handle more volume than we otherwise would — or perhaps should. The worst thing about FFS is that it twists our motivations. FFS rewards high volume and low intensity. At tax time, the physicians who spent the fewest minutes per patient and treated the most stubbed toes will mail the biggest cheques to Ottawa. FFS causes EM groups to limit their size and

maximize single coverage to maintain income. This leads to longer patient waits, physician overload (volume stress), job dissatisfaction and burnout. FFS encourages us to avoid complexity and refer early. In an FFS system, the most sought after cases are those

You are an EP, and many of your problems are self-inflicted, the result of fee-for-service ("eat what you kill") remuneration.

that don't need a physician at all: bumps and bruises, suture removals and burn checks. FFS remuneration encourages high-skill workers to perform low-complexity work. Financially motivated EPs* will be less inclined to go the extra distance with sick patients and less likely to develop, apply and maintain the acute care skills that define our specialty and give us credibility with other hospital specialists.

After 13 years in high volume, high acuity FFS emergency medicine, I crossed over to the dark side and joined a group that is paid under an alternate funding agreement. My new group has better physician coverage and suffers less volume stress. I can spend more time with patients in the trauma room. I don't mind treating people without health care coverage, and I don't lose sleep when government billing clerks reject claims for services I provided. I no longer bill or

pay a billing service. I don't compete with my colleagues for "wound checks" and I'm not tempted to "throw a stitch" into small lacerations that don't need one. I get a 2-month sabbatical every 2 years. I drink my coffee while it's still warm, and usual-

ly have time for lunch. My partners see patients until the end of their shift and don't loaf. Like everyone else I know who's made the switch, I like alternate funding. I believe it will increase my longevity.

FFS is a dinosaur. The Ontario and Nova Scotia governments have already endorsed a formula, based on patient volume and CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale) acuity levels, to determine appropriate ED staffing needs. In this issue,¹ Drs. Alan Drummond and Robert Drummond chronicle the Ontario government's efforts to introduce alternative funding agreements (AFAs) in EDs. AFAs are on the way, and clever emergency groups will position themselves for the future.

Reference

1. Drummond AJ, Drummond R. The Alternative Funding Agreement for emergency services in Ontario: a new compensation method for rural emergency departments. *CJEM* 2000;2(4):232-6.

Correspondence to: Dr. Grant Innes, ginnes@interchange.ubc.ca

St. Paul's Hospital, Vancouver, BC;
Editor-in-Chief, *CJEM*

*A rare entity. Financially motivated physicians seldom enter EM residencies.

Mangez ce que vous tuez

Grant Innes, MD

Mise en garde : Cet éditorial utilise un langage que certains trouveront offensant.

Vous courez d'un patient à l'autre, passant le minimum de temps nécessaire avec chacun d'eux. Vous travaillez dix heures d'affilée sans vous arrêter ni manger, parce que les patients attendent. À tout moment, vous devez prendre 17 décisions en même temps. Lorsque votre quart de travail est terminé, vous vous précipitez à la toilette afin de soulager votre vessie de 923 mL d'urine concentrée. Puis, vous vous assoyez devant une pile de dossiers vierges dont vous n'avez pas encore eu le temps de vous occuper, mais que vous êtes trop fatigué pour rédiger. Vous enviez vos collègues dans d'autres spécialités qui prennent le temps de manger et de socialiser dans le salon des médecins. Vos amis vous demandent : «Peux-tu faire ce métier pendant plus de 15 ans?» Vous êtes médecin d'urgence et plusieurs de vos problèmes sont auto-infligés, résultat de la rémunération à l'acte («mangez ce que vous tuez»).

Le meilleur aspect de la rémunération à l'acte est qu'elle nous motive à travailler comme des forçats, à voir plus de patients plus rapidement que nous ne le ferions normalement, ou ne devrions le faire. Le pire aspect de la rémunération à l'acte est qu'elle fausse nos motivations. Ce type de rémunération est avantageux si le médecin voit un grand nombre de patients, mais les moins malades. Au moment des impôts, les médecins qui auront passé le moins de minutes par patient et traité le plus grand nombre d'orteils foulés posteront

les plus gros chèques à Ottawa. La rémunération à l'acte incite les groupes de médecins d'urgence à restreindre leur taille et à travailler seuls autant que possible afin de maintenir le niveau de revenus. Il en résulte des attentes plus longues pour les patients, une surcharge de travail pour les médecins, une insatisfaction au travail et des épuisements professionnels. La rémunération à l'acte nous encourage à éviter la complexité et à diriger rapidement les patients vers des consultants. Dans un système de rémunération à l'acte, les cas les plus recherchés sont ceux qui ne nécessitent même pas les soins d'un médecin : ecchymoses, enlèvement de points de suture et vérification de brûlures. La rémunération à l'acte incite des travailleurs hautement qualifiés à effectuer des tâches peu complexes. Les médecins d'urgence motivés par l'argent* seront moins enclins à faire du zèle auprès des patients et moins disposés à élaborer, appliquer et maintenir les habiletés associées aux soins actifs qui définissent notre spécialité et nous rendent crédibles vis-à-vis des autres spécialités à l'hôpital.

Après 13 ans de rémunération à l'acte pour traiter un volume élevé de patients très malades, je suis passé de l'autre côté pour me joindre à un groupe de médecins payés selon l'entente de rémunération de remplacement. Mon nouveau groupe est formé d'un plus grand nombre de médecins pour couvrir les quarts de travail et souffre moins du stress relié au nombre important de patients. Je peux passer plus de temps avec les patients dans la salle de trauma. Je n'ai pas d'objection à traiter les patients non assurés et je ne fais plus d'insomnie lorsque les fonctionnaires du gouvernement rejettent

certaines demandes de remboursement pour des services que j'ai rendus. Je n'écris plus de demandes de remboursement ni ne paie un service de facturation pour le faire à ma place. Je ne me dispute plus avec mes collègues pour être celui qui «vérifie les plaies» et je ne suis plus tenté «de faire un petit point» à une lacération qui n'en a pas besoin. J'ai un congé de deux mois tous les deux ans. Je bois mon café pendant qu'il est chaud et j'ai généralement le temps de dîner. Mes partenaires voient des patients jusqu'à la fin de leur quart de travail et ne fainéantent pas. Comme tout le monde que je connais qui a effectué le changement, j'aime la rémunération de remplacement. Je crois qu'elle me permettra de vivre plus longtemps.

La rémunération à l'acte est un dinosaure. Les gouvernements de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse ont adopté récemment une nouvelle formule, fondée sur le nombre de patients et les niveaux de gravité à partir de l'ÉTG (Échelle canadienne de triage et de gravité), pour déterminer les besoins appropriés de personnel à l'urgence. Dans le présent numéro,¹ les D^s Allan Drummond et Robert Drummond présentent les efforts du gouvernement de l'Ontario pour introduire les *alternate funding agreements* (AFAs) (ententes de rémunération mixte) dans les départements d'urgence. Les AFA arrivent, et les groupes d'urgence avisés se prépareront pour l'avenir.

Référence

1. Drummond AJ, Drummond R. The Alternative Funding Agreement for emergency services in Ontario: a new compensation method for rural emergency departments. *CJEM* 2000;2(4):232-6.

Correspondance : D^r Grant Innes; ginnes@interchange.ubc.ca

St. Paul's Hospital, Vancouver, BC;
Rédacteur en chef, *JCMU*

*Une entité rare. Les médecins motivés par l'argent font rarement des résidences en médecine d'urgence.