

The incentive gravy train

John Wootton, MD

Shawville, Que.

Scientific editor, CJRM

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

When a community is trying to attract industry it seems many things are possible. When they are trying to attract doctors, although there have been some successes, by and large a successful model for recruitment and retention has not emerged. Why is this?

Although communities unquestionably require and are thankful for the presence of physicians, the attitude toward providing concrete incentives out of community capital is more complex.

By many community standards the income of physicians is well above average, particularly rural averages. They are perceived as being the beneficiaries (as they are) of generous government subsidies in both education and practice. No matter that in spite of all this new physicians are graduating buried in mountains of debt, or that rural physicians compare on the earning ladder to the office manager of your typical high tech firm. What is important is that perception inevitably becomes a barrier to providing further support to new physicians, this time out of the local purse.

INCENTIVES . . . CONVENIENTLY AVOID PROBING TOO DEEPLY INTO THE MOTIVATIONS OF THE CANDIDATES.

Many mayors of small communities whom I met during my time at Health Canada, were seeking federal subsidies to help them provide "turnkey" solutions to new graduates, in the form of fully staffed and equipped offices. They were clearly reflecting the inability (or reluctance?) of rural communities to expend scarce community resources to further subsidize physicians. Contrast this to the million dollars raised in record time by our community to purchase a CT scanner for the hospital. There is perhaps some wisdom in their choices. The CT scanner may still be in the community in 5 years, the physician may well not!

It is becoming clear to me that incentives are a win-lose proposition. On the positive side of the ledger they work to attract warm bodies into cold gaps in service. They give welcome respite to those who have been overworking to try to bridge to better times, but they conveniently avoid probing too deeply into the motivations of the candidates. Along the way many compromises are made. So what if the candidate does not plan to practise obstetrics — at least the ED is covered! It doesn't take too many turns of this wheel before the vision of "polyvalence" fades and is replaced by expediency.

Maybe it is time to put an end to "signing bonuses" and the incentive gravy train, and integrate differentials related to the full-service profile that characterizes rural practice. This way, all rural physicians see their commitment valued, and new candidates can decide if they are up to the challenge.

This might mean one pay scale for those who function in one dimension, another for those who function in several (such as office and ED) and yet another for true rural "polyvalence" for those who cover all the bases (office/ED/admissions/obstetrics/etc.) — all weighted, of course, to the degree of involvement in each sector.

Anyone interested?

© 2005 Society of Rural Physicians of Canada



Le filon des incitatifs

John Wootton, MD

Shawville (Qué.)

Rédacteur scientifique,
JCMR

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

Lorsqu'une communauté tente d'attirer une industrie, de nombreuses possibilités s'offrent à elle, semble-t-il. Or, quand il s'agit d'attirer des médecins, aucun modèle général fructueux de recrutement et de maintien en poste n'a encore vu le jour, bien qu'il y ait eu quelques réussites mitigées. Pourquoi donc?

Les communautés ont besoin de médecins et sont reconnaissantes de leur présence, c'est certain, mais les attitudes sont plus complexes face à l'octroi d'incitatifs concrets puisés à même le capital de la communauté.

Selon les normes de nombreuses communautés, le revenu des médecins dépasse de loin la moyenne, particulièrement en milieu rural. On croit aussi que les médecins bénéficient de généreuses subventions du gouvernement au niveau tant de l'éducation que de la pratique (ce qui est le cas). Il importe peu que les nouveaux médecins soient malgré cela endettés jusqu'au cou lorsqu'ils et elles obtiennent leur diplôme, ou que dans l'échelle des revenus, les médecins ruraux se comparent aux chefs de bureau d'une entreprise typique de haute technologie. Ce qui importe, c'est que la perception devient inévitablement un obstacle qui empêche d'appuyer davantage les nouveaux médecins, cette fois à même les fonds locaux.

Beaucoup de maires de petites localités que j'ai rencontrés pendant que j'étais à Santé Canada cherchaient à obtenir des subventions fédérales qui les aideraient à offrir aux nouveaux diplômés des solutions «clé en main» sous forme de bureaux entièrement équipés en ressources matérielles et humaines. Ils démontraient clairement que les localités rurales sont incapables de dépenser de maigres ressources communautaires pour subventionner encore davantage les médecins (ou hésitent à le faire?). Comparons cette situation au million de dollars que notre communauté a réunis en un temps record afin d'acheter un tomodensitomètre pour l'hôpital. Il y a peut-être un peu de sagesse dans ses choix. Le tomodensitomètre sera sans doute encore en service dans la communauté dans cinq ans, mais il se pourrait très bien que le médecin n'y soit plus!

Il devient clair pour moi que les incitatifs sont une proposition gagnante-perdante. Du côté positif de l'équation, ils attirent des troupes fraîches qui viennent combler les lacunes des services. Ils apportent un soulagement bienvenu à ceux et celles qui travaillaient trop pour tenter de combler l'écart en attendant des jours meilleurs, mais on évite commodément de sonder trop profondément les motifs des candidats. Entre-temps, les compromis sont nombreux. Peu importe que le candidat ne prévoie pas pratiquer l'obstétrique — il y a au moins l'urgence qui est couverte! La vision de la «polyvalence» s'estompe rapidement devant l'opportunisme.

Le moment est peut-être venu de mettre fin aux «primes de signature» et au filon des incitatifs, et d'intégrer les différences reliés au profil tous services caractéristique de la pratique en milieu rural. Ainsi, tous les médecins ruraux voient qu'on attache de la valeur à leur engagement et les nouveaux candidats peuvent décider s'ils sont à la hauteur du défi.

Cela pourrait signifier une échelle de salaire pour ceux qui fonctionnent dans une seule dimension, une autre pour ceux qui oeuvrent dans plusieurs domaines (comme au bureau et à l'urgence) et une autre encore pour la véritable «polyvalence» rurale de ceux qui font de tout (bureau/urgence/admission/obstétrique, etc.) — le tout bien entendu pondéré en fonction de la présence dans chaque secteur.

Des intéressés?

© 2005, Société de la médecine rurale du Canada