

## Cardiovascular health human resources

In this issue of the *Journal*, Ross and colleagues (pages 901-902) comment on the problems Canadians have in accessing cardiologist care; they also address the issues of the number of cardiologists in Canada, their current workloads and the changing profile of the specialty. These problems are not new, and they are likely to become worse if we don't develop more innovative ways to deliver cardiovascular care.

As pointed out by Ross and colleagues, cardiologists are very concerned about their workloads, lifestyles and the current push to reduce wait times for cardiovascular services; the latter initiative, which is supported by the Canadian Cardiovascular Society, is expected to increase workloads and accentuate problems. Part of the issue is that cardiology does not offer as attractive a lifestyle as do some other specialties – particularly for women, who now make up more than 50% of each graduating medical class. This may be a self-fulfilling prophecy, in that if we don't attract more trainees, the lifestyle issues for cardiologists will further deteriorate, making this specialty even more unattractive to trainees. These observations, combined with the increasing age of cardiologists and the general population (particularly the cardiovascular patient population), make the outlook rather discouraging. Ross and colleagues believe that we must train more cardiologists, which will require more training positions with funding from the provincial governments; they also believe that an effort must be made to make the cardiologist's lifestyle more compatible with the expectations of current medical school graduates.

Is there anything else that can be done to help to resolve this problem? I believe there is, although this is not to disagree that there is a need for more cardiologists. I believe that the longer-term solution to the human resource issue for cardiovascular diseases resides in the expansion of alternative care delivery models. Over the past few years, a number of provincial and national task forces have looked at the issues of health human resources and costs, and concluded that we must develop different care delivery models if we are to have a sustainable health care system. The fact that we have inadequately innovated in this area is a sad testimony on the rigid organization of our beloved system.

There are many barriers and few incentives. Although it is generally agreed that much of what physicians do could be done by others, the fee-for-service system of payment impedes the development of cooperative models. Thus, if a nurse clinician performs tasks for which physicians would normally bill, no funds are generated from the physician services budget. A number of demonstration projects have been developed in which physicians are provided funds to care for a population and may make choices about how the services are delivered. To date, these have largely involved family medicine, and although alternative payment (or alternate relations) plans have been trialed in specialty medicine, they have been



Eldon R Smith

## Les effectifs en santé cardiovasculaire

Dans ce numéro du *Journal*, Ross et ses collaborateurs (pages 901-902) commentent les problèmes des Canadiens à accéder à des soins en cardiologie. Ils traitent également du nombre de cardiologues au Canada, de leur charge de travail et de leur spécialité en mutation. Ces problèmes ne sont pas nouveaux, et ils risquent de s'aggraver si nous ne trouvons pas des moyens novateurs de prodiguer les soins en santé cardiovasculaire.

Comme l'ont souligné Ross et ses collaborateurs, les cardiologues sont très inquiets de leur charge de travail, de leur mode de vie et des pressions actuelles en vue de réduire les temps

d'attente en cardiologie. Cette dernière initiative, soutenue par la Société canadienne de cardiologie, devrait accroître la charge de travail et accentuer les problèmes. Une partie de la difficulté provient du fait que la cardiologie ne procure pas un mode de vie aussi attrayant que certaines autres spécialités, surtout pour les femmes, qui forment plus de 50 % de chaque promotion en médecine. C'est peut-être un effet Pygmalion, puisque si nous n'attirons pas plus de cardiologues, le mode de vie des cardiologues se détériorera davantage et rendra la spécialité encore moins attrayante pour les étudiants. Ces observations, combinées avec la population vieillissante des cardiologues et de la population (notamment les patients en cardiologie), rendent la perspective plutôt décourageante. Ross et ses collaborateurs pensent qu'il faut former plus de cardiologues, ce qui exigera d'augmenter le nombre de stagiaires financés par les gouvernements provinciaux. Ils pensent également que des efforts doivent être impartis pour que le mode de vie des cardiologues corresponde davantage aux attentes des nouveaux diplômés en médecine.

Peut-on faire autre chose pour résoudre le problème ? Je pense que oui, même si je ne nie pas le besoin d'un plus grand nombre de cardiologues. D'après moi, la solution à long terme au problème d'effectifs en santé cardiovasculaire se trouve dans l'augmentation des modèles de prestation des soins. Depuis quelques années, plusieurs groupes de travail provinciaux et nationaux se sont penchés sur la question des effectifs médicaux et des coûts et ont conclu qu'il faut élaborer de nouveaux modèles de prestation des soins si nous voulons disposer d'un système de santé viable. Le fait que nous avons mal innové dans ce domaine constitue un triste témoignage de l'organisation rigide de notre système bien-aimé.

Il y a beaucoup d'obstacles et peu de mesures incitatives. En général, il est entendu que d'autres intervenants pourraient effectuer une grande partie de ce que font les médecins, mais le système de paiement à l'acte entrave les modèles coopératifs. Ainsi, si une infirmière clinicienne effectue une tâche que facturent habituellement les médecins, le budget de services du médecin s'en trouve réduit. Plusieurs projets pilotes ont été mis au point selon lesquels les médecins reçoivent des fonds pour soigner une population et peuvent faire des choix quant au mode de prestation des services. Jusqu'à présent, ces essais ont

## COPYRIGHT PULSUS GROUP INC. - DO NOT COPY

plagued with difficulties. Government has worried about accountability issues, and physicians have worried about being locked into a restrictive income system. Cardiologists and cardiac surgeons have infrequently been included, although we know that technically trained individuals, nurse clinicians and general physicians are capable of providing quality cardiovascular health services within a team environment. The whole concept of chronic disease management (very applicable to cardiovascular diseases) relies on a team approach to care delivery, with the time of the most skilled members of the team reserved for the most difficult patient issues. Wide adoption of these systems, however, will require a major change in the way that physicians are paid and how teams of health care providers are assembled and managed. But to me, this approach seems to be one of the major ways in which we will be able to manage the increasing burden of cardiovascular care that we will face over the next few decades. Of course, the other approach that is required in concert with better use of health human resources is having more resources expended on prevention initiatives. Yes, we can train more cardiologists, but that increased need may not always be present and will create an expensive solution.

As pointed out by Ross and colleagues, we do face a serious situation, and solutions are urgently needed. I hope we have the wisdom to look to different care delivery models, and not just to an increase in the number of cardiologists.

*Eldon R Smith  
Editor-in-Chief*

surtout été tentés en médecine de famille. Des projets de paiement compensatoire (ou de relations compensatoires) ont été expérimentés en spécialité, mais ils sont grevés de problèmes. Le gouvernement s'inquiète de l'obligation de rendre compte, et les médecins craignent d'être bloqués dans un système de revenu restrictif. Il est rare que les cardiologues et les chirurgiens cardiaques aient été inclus dans ces projets, même si nous savons que des personnes ayant une formation technique, des infirmières cliniciennes et des omnipraticiens sont en mesure de fournir des services de qualité en santé cardiovasculaire dans un contexte de soins groupés. Tout le concept de prise en charge des maladies chroniques (très applicable aux maladies cardiovasculaires) dépend d'une démarche groupée de prestation des soins, le temps des membres les plus perfectionnés de l'équipe étant réservé aux problèmes les plus complexes des patients. Cependant, pour que l'adoption de ces systèmes soit généralisée, il faudra apporter des changements profonds au mode de paiement des médecins et à la formation et à la gestion des groupes de dispensateurs de soins. À mon sens, cette démarche représente l'un des principaux moyens pour réussir à gérer le fardeau croissant en santé cardiovasculaire auquel nous ferons face d'ici les quelques prochaines décennies. Bien sûr, une autre démarche s'impose avec ce meilleur usage des effectifs, soit l'attribution de plus de ressources aux projets de prévention. Il est vrai que nous pouvons former plus de cardiologues, mais ce besoin n'est peut-être pas éternel et constitue une solution coûteuse.

Ross et ses collaborateurs le soulignent : La situation est grave, et des solutions s'imposent au plus vite. J'espère que nous aurons la volonté d'étudier des modèles de prestation des soins différents plutôt que de nous contenter d'accroître le nombre de cardiologues.

*Eldon R Smith  
Rédacteur en chef*

---

*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.*

---

*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.*