

Redelijke en verantwoorde verloning voor artsen binnen de gezondheidszorg:

Aanzet tot ethische reflectie

Aanleiding

De verloning van artsen¹ is onderwerp van debat in België. Zowel academici, het RIZIV, de overheid en de ziekenfondsen exploreren de mogelijkheden voor een hervorming van het huidige verloningssysteem². De artsenhonoraria maken (los van de supplementen) ongeveer 30 % uit van de uitgaven voor de gezondheidszorg³.

Het gebrek aan transparantie over de artsenlonen en het huidige systeem van ziekenhuisfinanciering dragen bij aan de complexiteit van het debat. De loonspanning tussen artsen is mede de aanleiding voor deze reflectie over redelijke en verantwoorde verloning voor artsen.

CM is als vertegenwoordiger van de patiënt en als medebeheerder van de ziekteverzekering betrokken partij in de keuzes rond de verloning van artsen. De rode draad van beslissingen binnen CM is hoe we de kwaliteit van onze gezondheidszorg hoog en tegelijkertijd ook betaalbaar en toegankelijk houden door een systeem van onderlinge solidariteit.

Dit ethisch advies fungeert als reflectie-instrument om de dialoog op gang te brengen over een redelijke en verantwoorde verloning voor artsen binnen een kwaliteitsvolle, menswaardige, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg.

1. Houdbaarheid huidig financieringsmodel gezondheidszorg

Sinds 1960 worstelen alle OESO-landen⁴ met sterk oplopende uitgaven voor de gezondheidszorg. Voorspellingen geven aan dat in 2060, 10,3 % van het BBP naar gezondheidszorg zou gaan⁵. Denier et al. (2017)⁶ beschrijven vijf oorzaken van die sterk stijgende uitgaven: (1) de manier waarop we de gezondheidszorg financieren (aangezien patiënten goed verzekerd zijn, kan dit leiden tot overconsumptie), (2) het verouderde zorgmodel dat erg aanbodgericht is (en het feit dat dit aanbod niet altijd aansluit op de zorgvraag of de gezondheidsdoelen van de patiënt), (3) de verhoogde verwachtingen die we koesteren (Als gezondheid ons hoogste goed is, verwachten we dat al het mogelijke wordt

¹ Onder artsen vallen artsen-specialisten en huisartsen.

² Trybou, J., & Annemans, L. (2016). *Herijking van de medische nomenclatuur in België. Voorstel van principes en methodiek*. Digitaal beschikbaar via: https://www.asgb.be/sites/default/files/2018-04/UGENT%20Voorstel%20tot%20herijking%20medische%20nomenclatuur_FINAAL%201%20dec%202016%20%281%29.pdf

³ RIZIV(2019). Commissie voor Begrotingscontrole. Nota 2019/147, p.11.

⁴ Landen die behoren tot de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling. De meeste OESO landen zijn welvarend en kennen een relatief hoog inkomen.

⁵ Denier Y., Dhaene L., & Degadt P. *Kiezen is winnen: Een kompas voor keuzes in de zorg*. Leuven/Den Haag: Acco, 2017.

⁶ Denier et al. (2017). Ibid, p. 21-23.

gedaan om ons te helpen. Als artsen weten dat de patiënt niet zelf instaat voor de kosten, staat er weinig in de weg om al het mogelijke te doen zelfs wanneer dit medisch niet langer onderbouwd is), (4) de vergrijzing en (5) de technologische en wetenschappelijke vooruitgang (het leeuwendeel wordt hieraan toegeschreven).

De overheid doet volop inspanningen om de stijging van de uitgaven onder controle te houden. Op het gebied van gezondheidszorg en welzijn zal er echter altijd schaarste zijn⁷. Er ontstaan steeds nieuwe noden door nieuwe (en dure) diagnostische en therapeutische mogelijkheden waardoor er nooit voldoende middelen beschikbaar kunnen zijn om de eindeloze noden en wensen te vervullen⁸.

Een cruciale vraag voor de samenleving is hoeveel we als burgers bereid zijn om aan onze gezondheidszorg te betalen via een verplicht systeem van solidariteit waarbij gezonde en financieel sterke schouders de grootste lasten blijven dragen.⁹ Hoeveel is onze gezondheidszorg ons waard?¹⁰ Daarnaast mag de burger ook verwachten dat de uitgaven voor de gezondheidszorg op een verantwoordelijke en transparante manier gebeuren.

2. Verloningssysteem van artsen, een historisch perspectief

Het artsenberoep is momenteel een vrij beroep en wordt door een hoge vorm van zelfregulering gekenmerkt. Vóór en tijdens de Tweede Wereldoorlog waren de honoraria van de artsen laag. Er heerste grote armoede bij de bevolking en veel patiënten werden gratis behandeld. De invoering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering vanaf 1944 zorgde ervoor dat de kosten van verzorging, geneesmiddelen en ziekenhuisopname niet langer volledig aan patiënten werden doorgerekend. Dit werd via de financiële tussenkomst van het ziekenfonds geregeld¹¹.

Tweejaarlijks worden de honoraria van artsen paritair onderhandeld als basis voor de terugbetaling van medische prestaties. Dit gebeurt via een gebetonneerd consensusmodel (Sint-Jansakkoord, 25 juni 1964).

Volgens Renaer (2000)¹² kan dit systeem werken, mits een grote adaptatie-inspanning: *“van de patiënten, van wie werd en wordt verwacht dat zij geen onredelijke prestaties zullen vragen; van de artsen en andere zorgverstrekkers, van wie wordt verwacht dat zij spaarzaam zullen*

⁷ Jacobs, F. (red). *Medische schaarste en het menselijk tekort*. Baarn: Ambo, 1989; Achterhuis, H. *Het rijk van de schaarste*. Rotterdam: Lemniscaat Uitgeverij, 2018.

⁸ Denier et al. (2017), Ibid, p.62.

⁹ Denier et al. (2017), Ibid, p. 62-63.

¹⁰ Annemans, L. *Je geld of je leven in de gezondheidszorg*. Leuven: Van Halewyck, 2016, p. 30.

¹¹ Renaer M. *Kritische beschouwingen over geneeskunde en gezondheidszorg*. Universitaire Pers Leuven, 2000.

¹² Renaer, M. (2000), Ibid p.25.

omspringen met het geld van de ziekteverzekering; van de mutualiteiten wordt verzocht om spaarzaam om te springen met de administratieve onkosten en het geld van de ziekteverzekering.”

Samengevat: het systeem werkt, zolang men redelijk blijft. Dit solidaire systeem fungeerde als een stevige hefboom voor de vorming van onze moderne welvaart waarbij het recht op gezondheid voor iedereen concreet vorm kreeg.

Vanaf de jaren 70 kwam het systeem onder vuur te liggen. Een goed toegankelijk systeem kan tot overconsumptie door zorgvragers leiden. Een overaanbod van artsen en medische mogelijkheden samen met een financieringsmodel van prestatiegeneeskunde stimuleert het leveren van prestaties.

3. Knelpunten en mogelijkheden

3.1. Gebrek aan transparantie

Er is weinig transparantie over de inkomens van artsen-specialisten. In 2012 publiceerde het KCE een eerste rapport, met onderstaande indicaties (zie tabel)¹³.

Brutojaarsalaris, inclusief supplementen, na aftrek van de kosten, voor een VTE arts, in euro, voor het jaar 2010			
	België	Vlaanderen	Wallonië
Nefrologie	425 505	636 284	227 900
Klinische biologie	355 103	431 457	264 106
Radiologie	338 378	461 478	221 068
Neurochirurgie	315 796	356 307	258 760
Oogheelkunde	271 857	311 175	271 389
Orthopedie	262 638	313 595	225 329
Intensieve zorg	254 174	346 054	208 711
Urgentiegeneeskunde	189 881	226 972	125 069
Geriatric	187 606	224 074	161 540
Pediatrie	179 461	204 612	166 799
Pneumologie	179 326	195 715	159 189
Oncologie	179 100	201 681	156 249
Psychiatrie	174 879	226 954	155 341
Neurologie	157 536	196 639	143 508
Maximaal verschil (tussen hoogste en laagste gemiddeld inkomen) tussen specialisten onderling (VTE)			
1 tot 5			
(Urgentiegeneeskunde in Wallonië en Nefrologie in Vlaanderen)			
Bron: KCE (2012)			

¹³ Swartenbroekx, N., Obyn, C., Guillaume, P., Lona, M., & Cleemput, I. KCE (2012), Handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies. Brussel: Federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg. KCE Reports 178A, 2002. Digitale Bron, te raadplegen op: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_178A_handleiding_prijsbepaling_ziekenhuisinterventies.pdf

Het is moeilijk te achterhalen hoeveel artsen-specialisten in België netto verdienen. Het honorarium van een ziekenhuisarts is vervlochten in het kluwen van de ziekenhuisfinanciering. Ziekenhuisartsen dragen een belangrijk deel van hun inkomen af aan het ziekenhuis. Er is sprake van grote verschillen over de afdrachten aan het ziekenhuis, maar precieze informatie is niet beschikbaar. Het gebrek aan transparantie is ook aanwezig in de nomenclatuur waar de vergoeding voor de arts niet wordt opgesplitst. Er zijn nog geen volledige cijfers bekend over de ereloonsupplementen van niet-geconventioneerde ziekenhuisartsen voor raadplegingen in het ziekenhuis, privéraadplegingen en ook voor technische prestaties en ingrepen. Supplementen in privépraktijken (buiten ziekenhuizen) lopen op tot 400 miljoen euro volgens een studie gemaakt met DKV-gegevens.¹⁴

De vraag naar transparantie is te rechtvaardigen aangezien een belangrijk deel van de erelonen van artsen met gemeenschapsgeld wordt vergoed. Patiënten hebben ook het recht op correcte informatie over de kostprijs van behandeling en zorg.

Trybou en Annemans (2016)¹⁵ schreven een voorstel voor aanpassingen van de nomenclatuur. Ze wijzen op het belang van *“het verhogen van de transparantie en meer tariefzekerheid voor de patiënt, o.a. door het aanmoedigen van conventionering en het reglementeren en afbouwen van ereloonsupplementen”*.

CM en het Intermutualistisch Agentschap (IMA) ontwikkelden de ziekenhuisbarometer¹⁶ die tot doel heeft de leden te informeren over ziekenhuiskosten en op deze manier bij te dragen tot transparantie in de ziekenhuisfactuur.

3.2. Artsen onder druk?

Financiële kwetsbaarheid ziekenhuizen

Een studie van Belfius (2020) beschrijft dat een derde van de ziekenhuizen verlieslatend zijn¹⁷. Zorgnet-Icuro vraagt een fundamentele redesign van de Belgische ziekenhuisfinanciering en stelt dat de Covid-19-crisis in alle scherpste de kwetsbare plekken van het financieringssysteem heeft uitvergroot¹⁸. We citeren: *“Ons huis van de Belgische ziekenhuisfinanciering staat*

¹⁴ Calcoen, P. F. J. (2018). *Private Expenditure on Health and Voluntary Private Health Insurance* (Doctoral dissertation, Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)), p.64.

¹⁵ Trybou, J., & Annemans, L. (2016). Ibid, p. 2-3.

¹⁶ CM De ziekenhuisbarometer. Digitale bron, te raadplegen op: https://www.cm.be/media/CM-Info-Ziekenhuisbarometer_tcm47-65706.pdf; IMA atlas. Digitale bron, te raadplegen op: <https://atlas.ima-aim.be/databanken/?rw=1&lang=nl>.

¹⁷ Belfius Bank en verzekeringen. Sectoranalyse van de algemene ziekenhuizen: MAHA-studie 2020, november 2020. Digitale bron, te raadplegen op: <https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/nl/2020/Persbericht%20Studie%20MAHA%2018%2011%202020.pdf>

¹⁸ Belgische ziekenhuisfinanciering: crisis aangrijpen als hefboom voor een complete nieuwbouw. Zorgnet Icuro, nov. 2020. Digitale bron, beschikbaar via <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/belgische-ziekenhuisfinanciering-crisis-aangrijpen-als-hefboom-voor-een-complete-nieuwbouw>

volledig op instorten. Als er niets fundamenteel verandert, dan wordt het de komende jaren ‘meer van hetzelfde’. Wij vragen een kostendekkend BFM zodat de afhankelijkheid van honoraria en marges op farmaceutische producten kan afnemen. Dat betekent een heroriëntatie binnen de nomenclatuur van prestatiegerichte financiering naar financiering van opdrachten en modules waarbij criteria als multidisciplinaire samenwerking, kwaliteit en performantie van de outcome, richtinggevend zijn. Hiervoor zal een verschuiving nodig zijn in de financieringsstromen van honoraria en hospitalisatieverzekeringen. Dat is ingrijpend, maar de nieuwbouw zal iedereen op lange termijn veel opleveren.”

Het ereloon van ziekenhuisartsen vormt één van de inkomstenstromen van ziekenhuizen. In welke mate de financiële situatie van de ziekenhuizen een druk op ziekenhuisartsen uitoefent om méér te presteren is ongekend. We hebben ook geen zicht op de impact van groepsdruk van collega's binnen associaties om méér te presteren, of in welke mate ziekenhuisartsen binnen een associatie de vrije keuze hebben om zich te conventioneren.

Trybou en Annemans (2016)¹⁹ beschrijven in hun voorstel het belang van *“een transparante financiering van de geneeskunde”*. Dit kan *“door het opsplitsen van de vergoeding voor de arts in enerzijds: een “niet-tastbare” component ter compensatie van de inspanningen van de arts en een “tastbare component” ter compensatie van de geassocieerde kosten.”* Hun voorstel onderzoekt alternatieven voor de prestatiegeneskunde, met *“een evenwicht tussen enerzijds voldoende prikkels tot het uitvoeren van kwaliteitsvolle prestaties en anderzijds een reductie van prikkels tot (niet-waarde toevoegende) aanbod-geïnduceerde vraag”*. Daarnaast stellen ze *“een budget-neutrale hervorming”* voor *“waarbij het totale inkomenspakket van de artsen bewaard blijft, rekening houdend met de geplande groei van de uitgaven aan gezondheidszorg, en met de aanpak van huidige verspillingen in het systeem”*.

Loonspanning tussen artsen-specialisten

Er zijn grote verschillen in de verloning van artsen-specialisten waarbij de verschillen onvoldoende gebaseerd zijn op transparante en objectieve criteria. Er is sprake van een historisch gegroeide scheef trekking in het voordeel van artsen die vooral technische prestaties uitvoeren. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)²⁰ merkt op dat

¹⁹ Trybou, J., & Annemans, L. Herijking van de medische nomenclatuur in België. Voorstel van principes en methodiek. Gent: Universiteit Gent, 2016, p.2-3. Digitale bron, te raadplegen op: https://www.asgb.be/sites/default/files/2018-04/UGENT%20Voorstel%20tot%20herijking%20medische%20nomenclatuur_FINALAAL%201%20dec%202016%20%281%29.pdf

²⁰ Swartenbroekx, N., Obyn, C., Guillaume, P., Lona, M., & Cleemput, I. KCE (2012), Ibid. Handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies. Brussel: Federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg. KCE Reports 178A, 2002. Digitale Bron, te raadplegen op: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_178A_handleiding_prijsbepaling_ziekenhuisinterventies.pdf

onderhandelingen tussen artsen en ziekenfondsen slechts een deel van de artsen ten goede komen, zij die technische prestaties uitvoeren. Het gevaar bestaat er ook in dat de keuze van artsen in opleiding voor een bepaald specialisme wordt beïnvloed door de loonverschillen, met een tekort aan artsen voor bepaalde specialismen tot gevolg.

Trybou en Annemans (2016)²¹ stellen een herwaardering van de consultatie-activiteit van artsen voor. Dit zou voor een *“correctie kunnen zorgen van de huidige onevenwichtige vergoeding tussen ‘technische en niet-technische activiteiten’*. Daarnaast geven ze aan dat de nomenclatuur afgestemd is op een ‘billijk inkomen’ voor de gemiddelde arts, gebaseerd op het “huidige gemiddelde inkomensniveau”.

Nomenclatuur onaangepast aan het huidige takenpakket van artsen

De huidige praktijk van ziekenhuisartsen is complexer geworden dan het louter behandelen van patiënten. Artsen krijgen er meer verantwoordelijkheden bij met betrekking tot coördinatie, samenwerking en communicatie van zorgprocessen (cfr. geïntegreerde zorg). De kwaliteit-audits binnen ziekenhuizen verhogen ook de administratieve last voor artsen. De administratiedruk blijkt één van de belangrijkste stressoren te zijn die ziekenhuisartsen ervaren in het kader van burn-out (Vandenbroeck et al. 2012)²².

Trybou en Annemans (2016)²³ pleiten in het kader van een herijking van de medische nomenclatuur voor de *introdactie van een vergoeding voor taken inzake coördinatie en communicatie*.

3.3. Toegankelijkheid van de gezondheidszorg als belangrijke maatschappelijke uitdaging

Er is een toenemend aantal privéklinieken (voornamelijk specialiteiten esthetische chirurgie, oogheelkunde en dermatologie) en een brede waaier aan extramurale artspraktijken²⁴.

Voor een grotere groep van artsen is het attractiever om zich niet te conventioneren en naast hun ziekenhuisactiviteiten ook in een privépraktijk te werken. In 2018-2019 is meer dan 60 % van de gynaecologen, dermatologen of oftalmologen niet geconventioneerd. Ter vergelijking, 90 % van de huisartsen of pneumologen is geconventioneerd.²⁵

²¹ Trybou, J., & Annemans, L. (2016). Ibid. p. 2-3.

²² Vandenbroeck, S., Vanbelle E., De Witte, H., Moerenhout, E, Serçu, M., De Man, H., Vanhaecht, K., Van Gerven, E., Sermeus, W., Godderis, E. Een onderzoek naar burn-out en bevlogenheid bij artsen en verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen, Samenvattend rapport, 2012. Digitale bron, te raadplegen op: file:///D:/u0046190/Downloads/rapport_burnout_NL.pdf Accessed at 23/11/2018.

²³ Trybou, J., & Annemans, L. (2016). Ibid.p.2-3.

²⁴ Definities overgenomen uit Mahieu, S., & Denier, Y. (red). Zorg te koop: Standpunten van Zorgnet Vlaanderen over privatisering, commercialisering en marktwerking. Zorgnet, 2009. Digitale bron, te raadplegen op: <https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/cahier%20commercialisering%20definitief.pdf>

²⁵ RIZIV(2018). Toetreding tot het akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019.

<https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/reportingdoctors20180319.pdf>

Het officiële percentage geconventioneerde zorgverleners blijkt daarenboven geen representatieve indicator van de werkelijke toegang tot contacten bij geconventioneerde zorgverleners. Nader onderzoek geeft een negatiever beeld van de situatie²⁶. Bij voorbeeld, volgens dit onderzoek, zijn bijna 80 % van de “actieve” gynaecologen niet geconventioneerd. De stijgende ereloonsupplementen en het dalend aantal volledig geconventioneerde ziekenhuisartsen kan leiden tot duale geneeskunde met langere wachttijden. Patiënten moeten meer moeite doen om een bereikbare (geconventioneerde) arts te vinden of betalen hoge ereloonsupplementen. Dit alles vormt een bedreiging voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg ten koste van de meest kwetsbare mensen. Bovendien leidt een duale geneeskunde tot een grotere sociale ongelijkheid.

4. Ethische reflectie

De ethische reflectie over een redelijke verloning voor artsen bestaat uit drie verschillende invalshoeken: a) gezondheidszorg als mensenrecht²⁷ waarbij kwaliteitsvolle en menswaardige zorg voor iedereen voorop staat, b) een solidair en duurzaam financieringsmodel en c) het bevorderen van verantwoordelijkheid.

4.1. Gezondheidszorg als mensenrecht met kwaliteitsvolle zorg voor iedereen

Het perspectief van CM op zorg vertrekt vanuit een ethisch humane grondhouding: iedereen heeft recht op kwaliteitsvolle zorgverlening. Dit patiëntenrecht wordt beschermd door de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt (2002). In kwaliteitsvolle zorg staat het streven naar ‘menselijke waardigheid’ centraal, waarbij men oog heeft voor de volledige mens die niet kan worden herleid tot zijn ziekte of beperking²⁸.

Kwaliteitsvolle zorg wordt gerealiseerd in een dynamiek van erkenning en afstemming tussen de noden van de zorgontvanger en de mogelijkheden van de zorgverleners. Het gaat altijd over “het realiseren van het meest menselijk haalbare, zonder het perspectief van het menselijk wenselijke uit het oog te verliezen”²⁹.

²⁶ Intermutualistisch Agentschap. Volume van de ambulante activiteit volgens conventionering. Oktober 2020. Online bron. Beschikbaar via https://ima-aim.be/IMG/pdf/nl_-_rapport_-_volume_van_de_ambulante_activiteit_volgens_conventionering.pdf

²⁷ Art. 25, Universele verklaring van de rechten van de mens. Digitale bron, te raadplegen op: <https://www.amnesty-international.be/subthema/universele-verklaring-van-de-rechten-van-de-mens-volledige-versie>

²⁸ Anckaert L. De persoon als maatstaf van de zorg. Uit: Anckaert L& Marcelis L. (reds.) *Medische zorg en ethiek: Ethisch overleg en advies in het ziekenhuis*. Tiel: Lannoo Campus, 2011: 35-58.

²⁹ Vanlaere L, & Burggraeve R. *Gekkenwerk: Kleine ondeugden voor zorgdragers*. Tiel: Lannoo, 2013.

De verloning van artsen stelt ons voor vragen naar *rechtvaardigheid*, enerzijds in de context van recht op toegang tot kwaliteitsvolle zorg (perspectief samenleving), en anderzijds in de context van een rechtvaardig loon (perspectief arts).

Belemmert het huidige financieringsmodel van medische prestaties de toegang tot kwaliteitsvolle zorgverlening?

Als patiënten recht hebben op kwaliteitsvolle gezondheidszorg dan is het onrechtvaardig wanneer ze geen of onvoldoende toegang tot gezondheidszorg zouden hebben. Het artsenhonorarium zou m.a.w. voor een patiënt geen belemmering mogen vormen voor het krijgen van de nodige behandeling en zorg. Zoals hoger beschreven, bedreigen de supplementen en de keuze van een grote groep artsen om zich niet te conventioneren de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor kwetsbare burgers.

Wat houdt een faire, billijke en correcte vergoeding voor de medische behandeling in?

Denier et al. (2016) geven aan dat *“een situatie rechtvaardig is wanneer de voordelen en de lasten rechtvaardig verdeeld zijn”*³⁰. De loonspanning tussen artsen stelt duidelijk vragen bij de rechtvaardige verdeling van de middelen over de artsen. Grote verschillen tussen inkomens voor gelijk(w)aardig werk creëert een gevoel van onrechtvaardigheid.

Er is nood aan transparante en objectieve criteria die een herverdeling van middelen die voor artsenhonoraria zijn voorzien, bevordert. Trybou en Annemans (2016)³¹ schreven een voorstel voor de herijking van het artsenhonorarium (zie hoger in dit ethisch advies). Ze wijzen o.m. op het belang van transparantie, herwaardering van de consultatie, het vergoeden van coördinatie-taken en overleg, het conventioneren van artsen en het wegwerken van ereloon-supplementen. Daarnaast is het belangrijk dat er bij het formuleren van dergelijke voorstellen wordt nagedacht over de bescherming van artsen (bij ziekte, pensioen, blootstelling aan claims). In het huidige systeem wordt dit overgelaten aan het individu en vormt dit een argument om hoge verloning te rechtvaardigen.

4.2. Solidair en duurzaam financieringsmodel van artsenprestaties

Gezondheid als publiek goed

De gezondheidszorg wordt voornamelijk door de collectiviteit gefinancierd. De collectiviteit waarmee de gezondheidszorg wordt gefinancierd impliceert een solidair en duurzaam financieringsmodel. Gezondheid is geen economisch product dat je moet “kopen”. Daarom stelt CM: “Ook als je de zorg niet kan betalen, zorgen we voor jou! Zorg is een publiek goed voor alle mensen, hoe kwetsbaar ook. Een publiek goed wordt gefinancierd met publieke

³⁰ Denier et al. (2016). Ibid, p. 95.

³¹ Trybou, J. & Annemans, L. (2016). Ibid., p.2-3.

middelen afgedragen via een solidair systeem van belastingen en bijdragen. Een patiënt kiest er niet voor om ziek te worden. Als je ziek bent, heb je recht op zorg.

Een patiënt neemt een centrale plaats in het zorgproces in, maar is daarom geen 'klant' van zorg. Een zorgverlener of zorgvoorziening kan daarom ook niet fungeren als verkoper van zorg en behandelingen. Voor CM is er geen plaats voor een winstmodel in de gezondheidszorg. Een commercieel winstmodel leidt onvermijdelijk tot een gezondheidszorg met twee snelheden en bevordert sociale ongelijkheid.

Solidariteit als humanitair perspectief

CM staat voor het solidariteitsprincipe: gezondheidszorg voor iedereen. Jongeren zijn solidair met ouderen, gezonden met zieken, rijken met armen. Een solidair systeem van sociale zekerheid is een middel voor sociale rechtvaardigheid en een gemeenschapsinstrument voor armoedepreventie. Het solidariteitsprincipe sluit risicoselectie uit en zorgt zo voor een toegankelijke, kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor iedereen.

De inkomensspanning tussen artsen, en de extreem hoge verloningen voor bepaalde zorgverstrekkers lokken vragen uit over de rechtvaardige verdeling van middelen. In het herijken van het verloningssysteem van artsen is het bevorderen van solidariteit tussen burgers en het verkleinen van sociale ongelijkheid bijzonder belangrijk. De inzet voor een rechtvaardige samenleving, met gelijke kansen heeft immers een gunstige impact op de gezondheid van iedereen, rijk en arm. We citeren Denier et al. (2017)³²: *“Solidariteit heeft een humanitair perspectief (mensen hebben nood aan bescherming en ondersteuning), en ook het motief van relationele verbondenheid (onze gezamenlijke opdracht is de inzet voor een gemeenschap van mensen waarin we samen verantwoordelijkheid voor elkaar opnemen).”*

Zoals hoger geschetst, geven gezondheidseconomen aan dat er op het gebied van gezondheid en welzijn altijd schaarste zal zijn, waardoor de samenleving voor de discussie staat: hoeveel zijn we bereid te betalen voor een toegankelijke gezondheidszorg, en hoe gaan we verantwoordelijk en rechtvaardig om met de beschikbare collectieve middelen? Deze keuzes hebben op elke burger een enorme impact, want ze bepalen onze gezondheid, onze kwaliteit van leven, ook in de toekomst. Er is nood aan een transparant en onderbouwd maatschappelijk debat over deze keuzes, waar ook de loonspanning tussen artsen deel van uitmaakt³³.

4.3. Bevorderen van verantwoordelijkheid

In het zoeken naar een rechtvaardig verloningsmodel voor artsen-specialisten binnen een kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg dragen verschillende partijen

³² Denier et al. (2017). Ibid., p. 83-84.

³³ Denier et al. (2017). Ibid., p. 30-31.

verantwoordelijkheid. Verantwoordelijkheid dragen impliceert ook verantwoording kunnen afleggen, antwoorden kunnen geven.

De Franse filosoof Emmanuel Levinas stelt dat we door 'de ander' verantwoordelijk worden gesteld. Zorgverleners worden door patiënten verantwoordelijk, maar patiënten worden ook door zorgverleners verantwoordelijk. Mensen zijn relationeel met elkaar verbonden en zijn zo verantwoordelijk voor elkaar. Een solidair financieringssysteem van gezondheidszorg bestaat dankzij deze relationele verbondenheid.

Verantwoordelijkheid artsen

Artsen worden verantwoordelijk door hun patiënten. De patiënt is ziek, weet niet wat er aan de hand is, gaat naar een arts voor verder onderzoek en hoopt op een diagnose en een behandeling. De patiënt vertrouwt de arts over de zinvolheid en doelmatigheid van de voorgestelde behandeling. De vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt is de hoeksteen van kwaliteitsvolle zorg. In het kader van deze vertrouwensrelatie is het belangrijk dat de arts ook transparant is over de kostprijs van de behandeling naar de patiënt toe, en evenzeer naar de gemeenschap toe³⁴.

De lonen van artsen worden voor een groot deel door gemeenschapsgeld betaald (sociale bijdragen en belastingen). Dit maakt dat de samenleving aan artsen verantwoording kan vragen, niet alleen wat betreft hun loon, maar ook voor het gebruik van de logistieke, diagnostische en therapeutische mogelijkheden die door een solidaire gezondheidszorg voor hen beschikbaar gemaakt zijn. Op die manier kunnen ook artsen de solidariteit ondersteunen.

Verantwoordelijkheid patiënten

Patiënten dragen binnen de samenleving een verantwoordelijkheid naar elkaar toe. Patiënten (burgers) maken samen het solidaire systeem van gezondheidszorg mogelijk, of net niet. Wanneer patiënten als consumenten met zorg omgaan, worden gezondheidszorguitgaven voor de samenleving onnodig opgedreven en komt het solidaire systeem onder druk te staan. Patiënten dragen m.a.w. ook een belangrijke verantwoordelijkheid in het zorgvuldig omspringen met de geboden gezondheidszorg. We dragen met z'n allen een belangrijke verantwoordelijkheid om een solidair systeem van gezondheidszorg te kunnen handhaven.

Verantwoordelijkheid ziekenhuizen

Ziekenhuizen dragen enerzijds de verantwoordelijkheid naar patiënten toe voor het aanbieden van toegankelijke kwaliteitsvolle zorg, maar dragen ook verantwoordelijkheid voor

³⁴ Code van Medische Deontologie (2018), hfst 4. Digitale bron, te raadplegen op: <https://www.ordomedic.be/nl/code-2018/hoofdstuk/professionaliteit>.

het bewerkstelligen van een ondersteunend kader waarin artsen-specialisten kunnen werken. Het is van belang dat ziekenhuizen in dialoog met ziekenhuisartsen een gezond systeem van opdrachten aan het ziekenhuis ontwikkelen, waarbij artsen niet onder druk worden gezet om méér te presteren, waarbij conventionering de regel wordt, en waarbij ereloonsupplementen worden afgebouwd. Dit hangt uiteraard samen met het financieringsmodel van de ziekenhuizen onder verantwoordelijkheid van de overheid die de ziekenhuisfinanciering aan het hervormen is.

Verantwoordelijkheid van de samenleving

De verantwoordelijkheid van burgers (ruimer gesteld, de samenleving) bestaat erin om het artsenberoep te waarderen o.m. door een rechtvaardige verloning. Hierbij wordt ook de sociale bescherming van de arts (bij ziekte, pensioen) herbekeken.

Daarnaast draagt de samenleving de verantwoordelijkheid om de gezondheidszorg als kwaliteitsvol, toegankelijk publiek goed te beschermen, en de solidariteit en sociale gelijkheid tussen burgers te bevorderen.

Ziekenfondsen behartigen als vertegenwoordiger van de patiënt en als medebeheerder van de ziekteverzekering, de maatschappelijke verantwoordelijkheid.

5. Een voorstel

Op basis van de hierboven geformuleerde ethische reflecties, doen we een concreet voorstel met betrekking tot de inkomensspanning tussen artsen. Dit voorstel kan als een richtlijn worden beschouwd en gehanteerd voor toekomstige onderhandelingen en hervormingen, in het bijzonder in het kader van de herziening van de medische nomenclatuur, de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de reorganisatie van de eerstelijnszorg.

In functie van het formuleren van een voorstel over het verkleinen van de loonspanning tussen artsen nemen we op basis van bovenstaande analyse de volgende principes mee:

- Het garanderen van kwaliteitsvolle, menswaardige, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg
- Waarderen van het artsenberoep o.m. door redelijke verloning (gezond evenwicht intrinsieke en extrinsieke motivatie stimuleren)
- Beschermen van gezondheidszorg als publiek goed (ingaan tegen de stroom van commercialisering van de gezondheidszorg) waarin solidariteit met een duurzaam perspectief voorop staat

CM stelt voor om de bestaande inkomensverschillen tussen artsen te vervangen door een systeem waarbij het verschil in inkomen tussen artsen die in eenzelfde tijdsregime werken

(bv. voltijds) beperkt wordt volgens een **schaal van 1 tot 2**. Dit betekent dat een arts maximum dubbel zoveel kan verdienen als een andere arts. Deze schaal is afgestemd op wat, bijvoorbeeld, in de Scandinavische landen bestaat.

De criteria voor de inschaling worden ingedeeld in twee categorieën:

- **Belangrijke criteria:** fysieke zwaarte van het werk (bv.: ingreep die 10 uren duurt), nachtwerk, mate van flexibiliteit/beschikbaarheid, weekendwerk, psychologische zwaarte van het werk (bv.: bespreking met een stervende patiënt), permanente vorming (accreditering).
- **Secundaire criteria:** waardering van de activiteiten voor coördinatie en communicatie, wettelijke verantwoordelijkheid (gevolgen van de handelingen), valorisering, rechtstreeks contact met de patiënt, aantal studiejaren, aantal jaren dat de arts beschikbaar is voor het beroep, mate van geïntegreerde samenwerking.

Zoals een KCE rapport (2012) al beschreef, verwijzen sommige belanghebbenden uit de gezondheidszorg naar maatschappelijke debatten over hoe een aanvaardbaar inkomen voor CEO's van overheidsbedrijven kan worden gedefinieerd en suggereren zij dat een vergelijkbare discussie over het inkomen van artsen wordt georganiseerd. Wij maken deel uit van deze belanghebbenden en pleiten voor een eerlijk maar redelijk inkomen van artsen, die vooral met publieke middelen betaald worden (met uitzondering van supplementen die met privémiddelen worden betaald).

Nationaal en internationaal werd al nagedacht over wat een redelijk artsenloon inhoudt en worden suggesties gedaan om het loon van de premier als norm te nemen.

Op basis van binnenlandse en buitenlandse gegevens zou kunnen overwogen worden om het norminkomen "1" van een voltijdse arts te laten overeenstemmen met een bedrag van bruto rond de 145.000 euro. Zo zou het maximuminkomen van de meest verdienende artsen kunnen neerkomen op ongeveer 290.000 euro (ongeveer het loon van onze premier). Dit lost meteen ook het probleem van de ereloon-supplementen en de tariefonzekerheid voor de patiënt op omdat in dit systeem het vragen hiervan uitgesloten wordt.

Deze bedragen zouden van toepassing kunnen zijn op artsen die "voltijds" werken, d.w.z. 11 halve dagen per week, zoals opgemerkt door KCE³⁵, na aftrek van allerhande kosten (bv. voor secretariaatsmedewerker). De spreiding van het inkomen (tussen ongeveer 145.000 en 290.000 euro) zou worden gemaakt volgens de hierboven bepaalde criteria.

Het salaris van de premier, waarop zoals gezegd het maximumbedrag gebaseerd is, was tevens een richtgetal voor de salarissen van CEO's van niet-beursgenoteerde openbare bedrijven.

³⁵ Swartenbroekx N, Obyn C, Guillaume P, Lona M, Cleemput I. KCE Report (2002), Ibid.

