

# REDELIJKE EN VERANTWOORDE VERLONING VOOR ARTSEN BINNEN DE GEZONDHEIDSZORG: AANZET TOT ETHISCHE REFLECTIE

## Metaforum Ethiek CM

**D**e verloning van artsen<sup>1</sup> is onderwerp van debat in België. De artsenhonoraria maken (los van de supplementen) ongeveer 30 % uit van de uitgaven voor de gezondheidszorg<sup>2</sup>. CM is als vertegenwoordiger van de patiënt en als medebeheerder van de ziekteverzekering betrokken partij in de keuzes rond de verloning van artsen. 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.

## HOUDBAARHEID HUIDIG FINANCIERINGSMODEL GEZONDHEIDSZORG

Sinds 1960 worstelen alle OESO-landen<sup>3</sup> met sterk oplopende uitgaven voor de gezondheidszorg. Voorspellingen geven aan dat in 2060, 10,3 % van het bbp naar gezondheidszorg zou gaan.<sup>4</sup>

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.<sup>5</sup> Hoeveel is onze gezondheidszorg ons waard?<sup>6</sup> Daarnaast mag de burger ook verwachten dat de uitgaven voor de gezondheidszorg op een verantwoordelijke en transparante manier gebeuren.

Het verloningssysteem van artsen maakt hier een belangrijk onderdeel van uit.

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 geregeld.<sup>7</sup>

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)<sup>8</sup> 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 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.' Maar 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.

## **KNELPUNTEN EN MOGELIJKHEDEN**

### ***Gebrek aan transparantie***

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.<sup>9</sup>

CM en het Intermutualistisch Agentschap (IMA) ontwikkelden de ziekenhuisbarometer<sup>10</sup> die tot doel heeft de leden te informeren over ziekenhuiskosten en op deze manier bij te dragen tot transparantie in de ziekenhuisfactuur.

### ***Artsen onder druk?***

Een studie van Belfius (2020) beschrijft dat een derde van de ziekenhuizen verlieslatend zijn.<sup>11</sup> Zorgnet-Icuro vraagt een fundamentele redesign van de Belgische ziekenhuisfinanciering en stelt dat de Covid-19-crisis in alle scherp-te de kwetsbare plekken van het financieringssysteem heeft uitvergroot.<sup>12</sup> Het ereloon van ziekenhuisartsen vormt een 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.

Ook zijn er 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 scheeftrekking in het voordeel van artsen die vooral 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.

### ***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 artspraktijken.<sup>13</sup>

Voor een grotere groep van artsen is het attractiever om zich niet te con-  
ventioneren en naast hun ziekenhuisactiviteiten ook in een privépraktijk te  
werken. In 2018-2019 is meer dan 60 % van de gynaecologen, dermato-  
logen of oftalmologen niet geconventioneerd. Ter vergelijking, 90 % van de  
huisartsen of pneumologen is geconventioneerd.<sup>14</sup>

De stijgende ereloonsupplementen en het dalend aantal volledig geconven-  
tioneerde ziekenhuisartsen kan leiden tot duale geneeskunde met langere  
wachttijden. Patiënten moeten meer moeite doen om een bereikbare (ge-  
conventioneerde) 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 ge-  
neeskunde tot een grotere sociale ongelijkheid.

## **ETHISCHE REFLECTIE**

### ***Gezondheidszorg als mensenrecht met kwaliteitsvolle zorg voor iedereen***

Het perspectief van CM op zorg vertrekt vanuit een ethisch humane grond-  
houding: iedereen heeft recht op kwaliteitsvolle zorgverlening. Dit patiën-  
tenrecht 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 beperking.<sup>15</sup>

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’.<sup>16</sup>

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

Als patiënten recht hebben op kwaliteitsvolle gezondheidszorg dan is het on-  
rechtvaardig 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. Er is daarom nood aan transparante en objectieve criteria die een herverdeling van middelen die voor artsenhonoraria zijn voorzien, bevordert.

### ***Solidair en duurzaam financieringsmodel van artsenprestaties***

De gezondheidszorg wordt voornamelijk door de collectiviteit gefinancierd. De collectiviteit waarmee de gezondheidszorg wordt gefinancierd impliceert een solidair en duurzaam financieringsmodel. 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 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.

Het solidariteitsprincipe, 'gezondheidszorg voor iedereen', sluit risicoselectie uit en zorgt zo voor een toegankelijke, kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor iedereen.

Maar 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. Gezondheidseconomen geven 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 uitmaakt.<sup>17</sup>

### ***Bevorderen van verantwoordelijkheid***

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

Artsen worden verantwoordelijk door hun patiënten. 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 toe.<sup>18</sup>

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.

Patiënten, op hun beurt, 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.

De verantwoordelijkheid van ziekenhuizen ligt er in om in dialoog met ziekenhuisartsen een gezond systeem van afdrachten 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.

Tenslotte ligt de verantwoordelijkheid van burgers (ruimer gesteld, de samenleving) erin om het artseneroep 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.

## **EEN VOORSTEL**

Deze ethische reflecties indachtig, doen we een concreet voorstel met betrekking tot de inkomensspanning tussen artsen.

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 handelin-

gen), valorisering, rechtstreeks contact met de patiënt, aantal studie jaren, 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 artsensloon 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 KCE<sup>19</sup> 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.

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.

1. Onder artsen vallen artsen-specialisten en huisartsen.
2. RIZIV(2019). Commissie voor Begrotingscontrole. Nota 2019/147, p.11.
3. Landen die behoren tot de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling. De meeste OESO landen zijn welvarend en kennen een relatief hoog inkomen.
4. Denier Y., Dhaene L., & Degadt P. *Kiezen is winnen: Een kompas voor keuzes in de zorg*. Leuven/Den Haag: Acco, 2017.
5. Denier et al. (2017), Ibid, p. 62-63.
6. Annemans, L. *Je geld of je leven in de gezondheidszorg*. Leuven: Van Halewyck, 2016, p. 30.
7. Renaer M. *Kritische beschouwingen over geneeskunde en gezondheidszorg*. Universitaire Pers Leuven, 2000.
8. Renaer, M. (2000), Ibid p.25.
9. 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.
10. CM *De ziekenhuisbarometer*. Digitale bron, te raadplegen op: [https://www.cm.be/media/CM-Info-Ziekenhuisbarometer\\_tcm47-65706.pdf](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>.
11. 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>
12. Belgische ziekenhuisfinanciering: *crisis aangrijpen als hefboom voor een complete nieuwbouw*. Zorgnet Icuo, nov. 2020. Digitale bron, beschikbaar via <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/belgische-ziekenhuisfinanciering-crisis-aangrijpen-als-hefboom-voor-een-complete-nieuwbouw>
13. 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>
14. RIZIV(2018). Toetreding tot het akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019. <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/reportingdoctors20180319.pdf>
15. 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.
16. Vanlaere L, & Burggraeve R. *Gekkenwerk: Kleine ondeugden voor zorgdragers*. Tiel: Lannoo, 2013.
17. Denier et al. (2017). Ibid., p. 30-31.
18. *Code van Medische Deontologie* (2018), hfst 4. Digitale bron, te raadplegen op: <https://www.ordomedic.be/nl/code-2018/hoofdstuk/professionaliteit>.
19. Swartenbroekx N, Obyn C, Guillaume P, Lona M, Cleemput I. KCE Report (2002), Ibid.