

## INGEZONDEN.

*De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zoo noodig eenige bekorting aan te brengen.*

### HET INKOMEN VAN DEN ARTS ALS SOCIAAL-OECONOMISCH VRAAGSTUK.

Het komt mij nuttig voor ter voorbereiding van de openbare bespreking van het rapport van de commissie betreffende de overvulling van het geneeskundig beroep enkele vingerwijzingen voor de toetsing van inhoud en slotsommen te geven voor hen, die dieper tot den achtergrond der dingen willen doordringen.

Primair en belangrijker dan het hygiënisch aspect is het oeconomische. Immers de invloed op de volksgezondheid van sociaal-oeconomische toestanden is secundair; primordiaal is: wat is de oorzaak van de „overvulling“?

Praealabele vraag: wat is overvulling? En dan is het onjuist als criterium voor overvulling een mogelijk, maar niet eens onvermijdelijk, secundair gevolg daarvan te nemen, namelijk beweerd onvoldoende inkomen na een zeker aantal jaren vestiging.

Primair is de vraag, hoeveel artsen op een bepaalde bevolking een bij voorkeur loonende dagtaak en levenstaak kunnen vinden: levensvervulling (gezwegen van tijdsvulling) is nu eenmaal gewichtiger dan buidelvulling.

Er bestaat trouwens geen adaequaat verband tusschen beide: in tijden van hoogconjunctuur en in de praxis platina loont reeds een fractie van een dagtaak, in tijden van laagconjunctuur kan een volle dagtaak te veel om te sterven, maar te weinig om te leven opleveren.

Primair belangrijk is de verhouding tusschen loon en werk eenerzijds en de verhouding tusschen vraag en aanbod van werk anderzijds. Ook bij een vrij beroep als dat van den arts heeft niettemin de verhouding tusschen vraag en aanbod van werk invloed op de verhouding tusschen loon en werk. Men onderscheide ook hier den prijs per verrichting, per uurtaak, dagtaak, jaartaak en vergelijk de beschikbare hoeveelheden jaartaken met de gevraagde: van „overvulling“ is pas sprake, als er naar verhouding te weinig jaartaken zijn, ongeacht de vraag of de beschikbare jaartaken een behoorlijk materieel bestaan waarborgen. Een slecht loonende practijk, die volle dagtaak geeft, bewijst allesbehalve overvulling. Waardoor wordt nu de verhouding tusschen loon en werk, dus de prijs per verrichting, uurtaak, dagtaak, jaartaak bepaald voor den arts?

Elke arts heeft zijn eigen „tarievenpolitiek“, de maatschappij de hare (R.V.B., ziekenfondsen). Van wetenschappelijke sociaal-oeconomische fundeering van die politiek is mij nooit veel gebleken. Ik acht dit te meer te betreuren, omdat de vraag naar geneeskundige „verrichtingen“ bij alle klassen van de bevolking (behalve dan wellicht bij de practisch verdwenen „upper ten“) in hooge mate afhankelijk is van het tarievenpeil en veel elastischer dan men veelal meent.

Heeft niet de crisis het aantal verrichtingen per gezin per jaar bij den middenstand belangrijk doen dalen? Stijgt niet bij „verzekering“ het aantal — ook niet overbodige — verrichtingen per gezin sterk?

Met de oeconomische bereikbaarheid van geneeskundige hulp wisselt de vraag daarnaar: men bestudeere uit dat oogpunt eens de ontwikkeling van de specialistische hulp, van de tandheelkundige hulp op plaatsen, waar die oeconomisch bereikbaar worden door verzekering of anderszins.

Hoeveel verwaarloosde „gebrekkigen“ loopen er niet rond, anno 1939, die voor een deel hadden kunnen worden geholpen en nog kunnen worden geholpen, als men de desbetreffende hulp sociaal-oeconomisch bereikbaar maakt?

Er is oneindig veel praeventief-geneeskundig werk te organiseeren en te doen — mits men het sociaal-oeconomisch bereikbaar (= betaalbaar) maakt.

Bij de zoogenaamde „welstandsgrens“ bij de ziekenfondsen is diepgaande oeco-

nomische studie van de gevolgen van verlaging of verhooging van die grens op artseninkomen en artsendagtaak te lang en ten onrechte verzuimd.

Ik ben tot de slotsom gekomen, dat artsenmonopolie en gesloten beroepsorganisatie der geneeskundigen sociaal-oconomisch in zooverre ongunstig werken, dat met name door te hooge calculatie van de ziekenfondspremie en van het huisartsen- en specialistenhonorarium ten plattelande, het „debiet" lijdt onder het peil van den prijs der geneeskundige hulp!

Op plaatsen, waar — zooals in Drenthe, deelen van Brabant, Limburg, de Veluwe, Zeeland, en zoo voort — het aantal geneeskundige verrichtingen per ziel per jaar ten hoogste  $\frac{1}{2}$ , wellicht  $\frac{1}{3}$  of minder bedraagt dan het aantal in de steden en gezien de oconomische bereikbaarheid (afstand van de stad, kosten vervoer, en zoo voort) de vraag naar specialistische hulp slechts  $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{10}$  van die in de steden, bereikt men door „overvraging" (= te hooge calculatie van de ziekenfondspremie) daling van aantal geneeskundige verrichtingen en artseninkomen.

Bovendien is het loonpeil van arbeider, middenstander, kleine boer en kleine werkgever ten plattelande gemiddeld veel lager dan in de steden (arbeidersloonen van beneden de  $f$  10.— per week zijn thans weer „normaal" in het boerenbedrijf, buiten het seizoen ten minste).

Dus is het sociaal-oconomisch niet verantwoord:

1. bij de premiecalculatie ten plattelande uit te gaan van de gemiddelde hoeveelheid verrichtingen per gezin per jaar in de steden;

2. bij de premiecalculatie de draagkracht van de bevolking te vergeten.

Uitgangspunt van de berekening van het artsenhonorarium bij de ziekenfondsen blijkt veelal een voldoende jaarloon bij een niet volledige dagtaak van den arts te zijn en men verzuimt zich af te vragen of en in hoeverre verlaging van welstandsgrens, verlaging van ziekenfondspremie niet slechts verhooging van het aantal geneeskundige verrichtingen, dus stijging van het aantal jaartaken, maar ook verhooging van het plaatselijke artseninkomen zoude kunnen beteekenen!

Wie de prijs per verrichting en per recept bij gemeentelijke geneeskundige diensten, militairen geneeskundigen dienst, groote ziekenfondsen met eigen staf artsen en eigen apotheek vergelijkt met den overeenkomstigen prijs bij de ziekenfondsen met onbepaalde toelating van artsen, weet, dat welke nadeelen beperkte toelating moge hebben, oconomisch de zaak anders ligt! Overigens acht ik als criterium „ $f$  5000.— na 5 jaar als minimum" voor het inkomen van den arts sociaal-oconomisch ondeugdelijk:

1. het inkomenpeil na 5 jaar houdt geen enkel verband met het gemiddelde inkomen van den arts gedurende zijn productieve levensperiode, wijl de ontwikkelingsmogelijkheden na 5 jaar sterk uiteenloopen;

2. beslissend is de verhouding tusschen inkomstenkromme en uitgavenkromme gedurende het geheele 30—35 jarige tijdvak van de gemiddelde practijk (een zuinig jong artsengezin heeft na 5 jaar nog slechts beperkte behoeften; de top wordt pas bereikt tegen dat de kinderen „op studie" komen);

3. belangrijker dan het absolute inkomen is het relatieve, d. w. z. de belooning in verhouding tot het gepraesteerde eenerzijds en in verhouding tot die van gelijkwaardige praestaties van gelijkwaardige beroepsbeoefenaren anderzijds (waarom moeten artsen het zooveel beter hebben dan advocaten, ingenieurs, leeraren, scheikundigen, gezweden van predikanten?).

Dat de gemiddelde arts een paar jaar eerder sterft dan de gemiddelde mannelijke Nederlander is irrelevant: *a.* ook de gemiddelde beoefenaar van een gelijkwaardig beroep sterft vroeger dan de gemiddelde Nederlander; *b.* dat gemiddelde sterven valt gemiddeld na afloop van de productieve levensperiode. Neemt men die productieve levensperiode als één geheel, dan kan men later gaan produceeren en eerder ophouden met produceeren verder grootendeels buiten beschouwing laten 1).

1) De gemiddelde leeftijd, alsmede de gemiddelde levensduur en dus de vermoedelijke (gemiddelde) levensverwachting op het tijdstip van het aanvangen van den artsenloopbaan zijn alleen van belang voor zoover ze invloed uitoefenen op de calculatie van de verzekeringspremie.

In tijden, als waarin wij het voorrecht hebben te leven, moet ook de arts of hij wil of niet de algemeene depreciatie van intellectueelen arbeid voor lief nemen.... en in het werk zelf de belooning vinden voor het zich daaraan met hart en ziel geven. Sociaal-oeconomisch bezien mag hij gerust die bijzondere bevrediging die zijn werk geeft in geld waardeeren en bij zijn werkelijke inkomen in geld optellen. Wie daartoe niet in staat is, moet geen medicus worden of schielijk van beroep veranderen. Hij moet zelfs geen „intellectueel” worden!

Als de jonge artsen eens niet meer begonnen met een groot huis, een auto, een uitgebreid instrumentarium, een fijnen inboedel, een maand vacantie per jaar in het buitenland (bij gedeeltelijke dagtaak heel dwaas), maar wat meer en sociaal en oeconomisch leerden denken, hun tijd beter ordenden en verdeelden, in hun vrijen tijd naast wetenschappelijk werk eenige loonende bijverdienste zochten, wat om te beginnen hun eenzijdige instelling op hun beroep zou wegnemen en hun meer mensch zoude maken.

Als de jonge artsen eens deden wat hun hand vond om te doen op praeventief — ook voorloopig materieel niet loonend — geneeskundig gebied. Zij zouden perspectieven vinden en bevrediging, waarvan zij bij hun zoo eenzijdige opleiding gehoord noch gedroomd hebben.

Door een en ander mis ik in de universitaire opleiding behalve de sociale bovenal de oeconomische fundeering; laat ik maar spreken van de „sociaal-oeconomische” fundeering. Natuurlijk behooren artsen geen krentenwegers te zijn of te worden, maar zij behooren de oeconomische gevolgen voor individu en gemeenschap van hun adviezen en van hun hulp althans te beseffen; de artsenwereld is rentmeester van een deel van het volksinkomen en moet zich van tijdsgewricht tot tijdsgewricht rekenschap geven van de vraag welk deel van dat inkomen aan „gezondheid” mag worden besteed. Met het beschikbare deel moet de artsenwereld toekomen en woekeren.

Tering naar de nering zetten, individueel en sociaal-oeconomisch!

Nooit zal de sociale geneeskunde uitkomen boven het huidige peil van onvruchtbaar diletantisme; indien zij niet oeconomisch georiënteerd wordt — dus geheel nieuw wordt gefundeerd en opgebouwd.

Sociaal-oeconomisch bezien is meer werk belangrijker dan minder artsen en sociaal-oeconomisch bezien acht ik meer werk heel goed mogelijk!

Men moet bovenal leeren inzien, dat het probleem van de zoogenaamde overvulling niet wordt beheerscht door de vraag of er een paar honderd artsen meer of minder moeten zijn, noch door de verdeling van het totale gemiddelde inkomen per arts over zijn productieve jaren, maar door een wijziging ten goede van de verhouding tusschen door de artsenwereld gevraagd en voor de artsenwereld beschikbaar werk en door een wijziging ten goede van de verhouding tusschen de inkomsten en uitgaven van den arts.

In ontken, dat het loon van den arts bepaald wordt door wat hij vraagt: het wordt, sociaal-oeconomisch bezien, bepaald door wat hij te bieden heeft en met name door de waarde van hetgeen hij te bieden heeft in de „valuta” van elk tijdsgewricht. Die valuta te bestudeeren is belangrijker dan over „overvulling” te praten.

Utrecht, 18 Augustus 1939.

W. SCHUURMANS STEKHOVEN.

#### HET AFBREKEN VAN DE ZWANGERSCHAP, WANNEER DE VROUW TEVOREN OF IN DE ZWANGERSCHAP BESTRAALD IS.

Naar aanleiding van de klinische les in het *Tijdschrift* van 19 Augustus 1939 zij het mij vergund eenige opmerkingen te maken:

Collega KEYSER komt tot de conclusie, dat na bestraling van de ovaria voor de conceptie of na bestraling van de zwangere vrouw, de kans op de geboorte van een misvormde vrucht groot is (indien er tenminste geen abortus ontstaat). Hij trekt hieruit twee consequenties: