



Het regionaal niveau

De gecombineerde werkgebieden van R.Z.M.N. en H&O: de regio Midden-Nederland met de buitengebieden van het voormalige Utrechts Ziekenfonds lidmaatschap, 1989

Inleiding

Aanleiding voor het onderzoek

Deze studie gaat over de relatie ziekenfondsen-artsen sedert 1827. Het uitgangspunt van de studie was oorspronkelijk de beschrijving van de ontwikkelingen in de regio Midden-Nederland, geplaatst in het landelijk kader.

De geschiedenis van deze relatie werd in de stad Utrecht gekenmerkt door een moeizame relatie van het onderling beheerde ziekenfonds Ziekenzorg met de plaatselijke artsen en apothekers.¹ Deze relatie was soms vriendschappelijk, soms vijandig. Zij beheerste de ontwikkeling van het Utrechtse ziekenfondswezen en daardoor de kwaliteit en de organisatie van de gezondheidszorg van het grootste deel van de Utrechtse bevolking van de oprichting van Ziekenzorg van 1899 tot de fusie in 1983 van de plaatselijke fondsen tot het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland, het RZMN. Het RZMN fuseerde in 1992 met het ziekenfonds Amersfoort en Omstreken. Door deze samenvoeging ontstond een zorgverzekeraar met een regionaal samenhangend werkgebied, Midden-Nederland, dat bestond uit de provincie Utrecht, het westelijk deel van de Veluwe en enkele enclaves in Noord- en Oost-Nederland. Deze zorgverzekeraar kreeg in 1995 de naam ANOVA-Verzekeringen.

Deze regionale opzet is niet mogelijk zonder een landelijk kader, een schets van de verhoudingen tussen ziekenfondsen en zorgaanbieders op landelijk niveau. Dit landelijk kader bleek helaas onvoldoende beschreven om te kunnen gebruiken voor een studie op regionaal niveau.

H.F. van der Velden publiceerde in 1993 zijn dissertatie over de financiële toegankelijkheid tot de gezondheidszorg in de periode 1851-1941.² Van der Velden gaat wel in op de geschiedenis van het ziekenfondsbestel en de relatie ziekenfondsen-artsen, maar als onderdeel van het gehele systeem dat het gebruik van zorg door de door hem beschreven doelgroepen mogelijk maakte. H.C. en E.W. van der Hoeven plaatsten in hun *Om welzijn of winst* de ontwikkeling van de ziekenfondsverzekering in haar maatschappelijke en politieke context, maar helaas zonder notenapparaat.³ Andere studies zijn verouderd, betreffen een te korte periode of een afwijkend onderwerp.⁴

Als gevolg hiervan moest ik mijn onderzoek verbreden tot het landelijk niveau en mijn oorspronkelijke opzet aanpassen. Om het project beheersbaar te houden koos ik uit de zorgaanbieders de artsen, die sinds het einde van de achttiende eeuw in samenwerking met de apothekers zowel als motor en als grootste belanghebbenden bij het ziekenfondswezen betrokken waren. Zij werden na 1850 op het landelijk niveau vertegenwoordigd door hun beroepsorganisaties. Deze waren voor de artsen de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de NMG, en voor de apothekers de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie, de NMP. De artsen met hun NMG speelden de grootste rol. De apothekers worden in de studie bij de relatie ziekenfondsen-artsen betrokken voorzover zij op deze relatie invloed hadden. De belangrijkste elementen voor de vraagstelling van deze studie zijn hiermee genoemd.

Vraagstelling en methode

Deze vraagstelling voor dit onderzoek naar de relatie ziekenfondsen-artsen is als volgt: *welke was de relatie tussen de ziekenfondsen en de artsen op het niveau van Nederland en het regionale niveau van Midden-Nederland vanaf 1827 en welke factoren bepaalden deze relatie?*

Onderzoek naar de relatie artsen-ziekenfondsen betekent onderzoek op veel terreinen van de geschiedenis zoals de mentaliteitsgeschiedenis, de sociaal-economische geschiedenis en de politieke geschiedenis. Het betreft onderzoek naar de betrokken personen en hun persoonlijke aspecten: artsen, ziekenfondsbestuurders en ziekenfondsmedewerkers, verzekerden, politici en vakbondsmedewerkers, hun persoonlijke verhoudingen en zakelijke relaties, hun onderlinge machtsverhoudingen en hun motieven om zich in te zetten voor de ziekenfondsverzekering. Het betreft ook onderzoek naar het ziekenfondswezen zelf, naar de inrichting en het functioneren van de ziekenfondsen en naar de organisaties, die fungeerden als belangenorganisaties van de ziekenfondsen en de medische beroepsgroepen. De relatie wordt niet alleen beïnvloed door deze persoonlijke en institutionele elementen, maar ook door externe factoren als sociale en economische ontwikkelingen, de politieke besluitvorming en de ontwikkelingen van de medische wetenschap en van de gezondheidszorg.

Het bestuderen van de relatie artsen-ziekenfondsen blijkt complex. Het vereist praktisch en gericht onderzoek. Empirisch-historisch onderzoek, archiefonderzoek ondersteund door de literatuur, geeft inzicht in de praktijk en de aard van de relatie, de manier waarop zij zich in de tijd ontwikkelde en

de factoren die op deze relatie van invloed waren. De beleidsvorming en de beleidsuitvoering bij de ziekenfondsverzekering staan daarbij centraal: de vorming van het beleid op landelijk en regionaal niveau en de manier waarop dit beleid op het regionale niveau in de praktijk werd uitgevoerd. Dit geeft inzicht in de overeenkomsten en de verschillen in de relatie artsen-ziekenfondsen tussen het landelijk en het Midden-Nederlandse niveau.

Begrippen: relaties, factoren, schaalvergroting en verzakelijking

De kernbegrippen voor dit onderzoek zijn: relaties, factoren, schaalvergroting en verzakelijking. In deze studie worden relaties naar hun aard ingedeeld in twee soorten: conflictrelaties en harmonische relaties. Bij conflictrelaties zijn de partners niet of nauwelijks tot samenwerking bereid om hun doelstellingen te verenigen of hun belangen en ideologische opvattingen aan elkaar aan te passen. Als dit conflict tijdens onderhandelingen onoplosbaar blijkt en als geen van de partners de ander kan domineren is er sprake van een onbesliste machtsstrijd, een labiel machtsevenwicht.

In het geval van harmonie is de samenwerking gebaseerd op het nastreven van geheel of gedeeltelijk samenvallende doelstellingen. De partijen handelen volgens de eigen ideologie en hun eigen belangen. Zij zijn bereid tot samenwerking, al of niet na een machtsstrijd of na onderhandelingen. Dit is een stabiel machtsevenwicht. Bij harmonische relaties werken ziekenfondsen en artsen samen voor de behartiging van hun gemeenschappelijke belang: een goede rechtspositie voor alle medewerkers en een goede gezondheidszorg voor de verzekerden.

De aard van de relatie tussen de ziekenfondsen, de artsen en hun belangenorganisaties wordt bepaald door twee groepen factoren. Deze factoren bepalen niet alleen de aard van de relatie tussen de ziekenfondsen en de artsen in de tijd, maar ook hun positie als partijen op de lokale, regionale en landelijke markt van de ziekenfondsverzekering.

De eerste groep bestaat uit factoren die met de relatie zelf te maken hebben: de ideeën en karakters van de betrokken personen, ideologie, wederzijdse afhankelijkheid, maatschappelijke emancipatie van de beroepsgroepen, macht, collectivisatie en concentratie. De tweede groep wordt gevormd door externe factoren: economische en maatschappelijke ontwikkelingen als economische bloei en achteruitgang, oorlogstijd, bezetting en vrede, de relatie met de overheid, de invloed van de vakbonden, de groei van de medische wetenschap en de ontwikkeling van de gezondheidszorg.

De ziekenfondsverzekering is in de loop der tijd steeds meer aan overheidsregelgeving gebonden. Voor 1941 waren ziekenfondsen, artsen en apothekers vrij in de regeling van het ziekenfondsbestel. Zowel artsen als ziekenfondsen fungeerden als aanbieders en als verzekeraars van zorg. Er was sprake van de markt van de ziekenfondsverzekering. De invoering van het Ziekenfondsenbesluit op 1 november 1941 maakte aan deze markt een einde. Door dit Besluit is de ziekenfondsverzekering definitief tot onderwerp van wetgeving geworden. Het streven naar overheidsregulering bereikte zijn hoogtepunt rond 1985. Daarna ontstond een politieke en maatschappelijke herbezinning op de inrichting van de gezondheidszorg, waarbij de nadruk lag op beïnvloeding van de kosten en daardoor op de verandering van de verzekering van de zorg.

Schaalvergroting is na 1930 de belangrijkste tendens in de relatie artsen-ziekenfondsen. Voorbeelden zijn de vorming van koepelorganisaties, het samenvoegen van organisaties en het op steeds grotere schaal gemeenschappelijk behartigen van belangen. Schaalvergroting doet zich bij deze relatie voor in de vorm van collectivisatie, concentratie en regionalisatie. Deze begrippen worden als volgt gedefinieerd:

- Collectivisatie is het overdragen van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden door samenwerkende nevenschikkende organen aan een bovenschikkend orgaan, zoals de vorming van koepelorganisaties.

- Concentratie is het samenvoegen van gelijkwaardige organen tot een groter geheel, bijvoorbeeld een fusie- of integratieproces.

- Regionalisatie is de vorming van een gebied met een voor de gezondheidszorg samenhangend stelsel van voorzieningen, middelen en verzekering.

Schaalvergroting wordt na 1941 aangevuld met verzakelijking. Verzakelijking betekent in de relatie artsen-ziekenfondsen dat de verhouding tussen de artsen en de fondsen bepaald wordt door wetgeving, materiële belangen en samenwerking bij de beleidsvorming in de gezondheidszorg, niet door strijd over ideologische principes of om de bestuursmacht bij de ziekenfondsen. De ontwikkelingen op het regionale niveau werden beïnvloed door de verzakelijking op het landelijk niveau, maar de regio behield eigen kenmerken.

Indeling van dit boek

Dit boek gaat over de ontwikkeling van de relatie ziekenfondsen-artsen op landelijk en regionaal niveau en de factoren die daarop van invloed waren. Deze relatie wordt verdeeld in drie periodes:

- 1827-1908, deel I. In 1827 werd het oudst bekende fonds in de regio opgericht, de Utrechtse Sociëteit de Voorzorg en is daarom gekozen als het beginjaar van deze periode. Dit deel wordt afgesloten in 1908. De NMG formuleerde in dat jaar voor de eerste maal de principes van haar beleid tegenover de ziekenfondsen. Op het regionaal niveau namen de artsen hun eigen maatregelen om ordening te brengen in het fondsbestel in hun gebied.

- 1908-1940, deel II, de tijd waarin de overheid vergeefs trachtte door wetgeving op het landelijk niveau het ziekenfondsbestel te ordenen, terwijl op plaatselijk en regionaal niveau de artsen en de ziekenfondsen zelf een stelsel ontwikkelden. De Ziektewet werd in 1930 ingevoerd, waardoor de uitkering van ziekgeld indirect gekoppeld werd aan het lidmaatschap van een ziekenfonds. Dit veroorzaakte grote concurrentie tussen de artsen en de onderling beheerde ziekenfondsen, waardoor een einde kwam aan een periode van overleg en de relatie artsen-ziekenfondsen op het landelijk niveau veranderde van een harmonische naar een conflictrelatie.

- 1940-1996, deel III. De conflictrelatie veranderde in 1940 in een harmonierelatie door de beëindiging van de polarisatie. 1996 markeert het einde van de zelfstandige ontwikkeling van het ziekenfonds- of zorgverzekeringsbestel in Midden-Nederland, dat door de fusie van ANOVA met ZAO aan het werkgebied van deze verzekeraar wordt gekoppeld.

In ieder deel worden eerst de ontwikkelingen op het landelijk niveau beschreven. Daarna wordt ingegaan op de verhoudingen en het ziekenfondsbestel in het gebied Midden-Nederland, verdeeld in de stad Utrecht, Amersfoort met het omringende gebied en de regio buiten Utrecht. Voor deze indeling is gekozen om de twee niveaus per periode te kunnen vergelijken. Ieder landelijk en regionaal gedeelte wordt afgesloten met een conclusie. Aan het einde van de studie worden de overeenkomsten en verschillen tussen de twee niveaus beschreven.

Deel I, De partijen worden gevormd, behandelt de eerste fase van het ziekenfondsbestel.

Deel II, De partijen; overleg en polarisatie, beschrijft de houding van de overheid, de ontwikkeling van het ziekenfondsbeleid van de NMG, de verhoudingen tussen de artsen onderling en de relatie met de NMP en de reacties van de onderling beheerde ziekenfondsen op het NMG-beleid. Het belangrijkste element in de relatie artsen-ziekenfondsen was het stelsel van de lokale collectieve ziekenfondsovereenkomsten. In de dertiger jaren veranderde de relatie tussen de NMG, de vakbonden en de onderling beheerde fondsen door de polarisatie van harmonie naar conflict.

In deel III, De partijen; schaalvergroting en verzakelijking, wordt geschetst hoe de relatie veranderde van conflict naar harmonie als gevolg van de bijzondere omstandigheden tijdens de bezetting, wat de gevolgen waren van de invoering van het Ziekenfondsenbesluit en hoe de relatie bij invloed werd door de vergroting van de invloed van de overheid en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg na 1945. Dit wordt op landelijk en regionaal niveau beschreven aan de hand van de ontwikkeling van de verzekering van de gezondheidszorg, de vrijheid die de artsen en de ziekenfondsen hadden bij het ontwikkelen van beleid en bij het onderhouden van hun relatie door middel van de landelijke overeenkomsten.

Het einde van het boek bestaat uit de Conclusies: de overeenkomsten en verschillen tussen het landelijk en regionaal niveau per periode, de factoren die de relatie hebben bij invloed en lessen uit het verleden. Deze lessen bestaan uit opmerkingen over regionalisatie, vrije marktverhoudingen in de gezondheidszorg en verantwoordelijkheid voor de verzekering en de zorg. De Conclusies worden afgesloten met een beantwoording in het kort van de onderzoeksvraag.

D

- ¹. K.P. Companje, *Ziekenzorg. Een Utrechts ziekenfonds en zijn eigen instellingen* (Zeist 1994).
 - ². H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland. Medische armenzorg, ziekenfondsen en de verenigingen voor ziekenhuisverpleging op nationaal en lokaal niveau* (Schiedam, Roordahuizen en Amsterdam) (Rotterdam 1993).
 - ³. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst. 100 jaar ziekenfondsen en sociale zekerheid* (Deventer 1993).
 - ⁴. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij. Geschiedenis van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (Utrecht 1974). Festen beschrijft de ontwikkeling van de KNMG tot 1974 en gaat in op de belangen van de georganiseerde artsen bij de ziekenfondsen, maar zonder bronvermeldingen.
- Het boek van J.A. Berger, *De geschiedenis van het Ziekenfondswezen in Nederland* (Vlissingen 1930) is oud, maar nog steeds bruikbaar als bronnenuitgave.
- L.S. Godefroi, *Het Ziekenfondswezen in Nederland. Ontwikkeling en Perspectieven* ('s-Gravenhage 1963) geeft inzicht in de ontwikkeling van het ziekenfondsbestel met de nadruk op de periode 1941-1960.
- J.B. Jaspers, *Het medische circuit. Een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980)* (Utrecht/Antwerpen 1985) geeft een sociologisch kader voor de relatie ziekenfondsen-artsen-overheid.