

## Conclusies

### 4.1 Overeenkomsten en verschillen tussen het landelijk en het regionaal niveau; beleidsvorming en beleidsuitvoering

#### *Deel I: De partijen worden gevormd*

De overeenkomsten en verschillen tussen het landelijk en regionaal niveau werden tot 1908 gevormd door de formulering van het beleid ten aanzien van de ziekenfondsen, de uitvoering in de dagelijkse praktijk, de motivatie van de betrokkenen en de aard van de relatie.

Op het landelijk niveau was er sprake van een wankel evenwicht in de relatie artsen-ziekenfondsen (hoofdstuk 1.5). De ziekenfondsen waren nog niet verenigd in koepelorganisaties. De overheid en de NMG kwamen in 1901 en 1904 voor de eerste maal met wetsvoorstellen voor en beleidsuitspraken over de ziekenfondsverzekering. De NMG formuleerde in 1908 naar aanleiding van het *Rapport omtrent den toestand der Ziekenfondsen in Nederland*, het rapport-Schreve, haar beleid voor de komende decennia: fondsbesturen, samengesteld uit medewerkers- en verzekerdenvertegenwoordigers, welstandsgrenzen, vrije artsenkeuze, honorarium per abonnement voor de huisarts en per verrichting voor de specialist. De overheid mocht alleen richtlijnen opstellen en moest toezicht houden op de ziekenfondsen, die als lokale organisaties onder leiding van plaatselijke deskundigen zelf hun zaken konden regelen. De artsen spraken zich hierbij alleen uit voor hun eigen organisatie, zij werkten niet samen met de NMP.

De uitvoering van de ziekenfondsverzekering speelde zich inderdaad op lokaal niveau af. Het ziekenfondsbestel in de regio Midden-Nederland had na 1893 eigen kenmerken ontwikkeld (hoofdstuk 1.12).

De kwaliteit van de Utrechtse commerciële fondsen was niet zo slecht als het beeld dat de NMG van deze fondsen in het algemeen had. De relatie tussen de artsen en de ziekenfondsen was harmonieus en werd gedomineerd door de huisartsen. Zij stelden zich pragmatisch op en werkten met de apothekers samen, formeel en informeel. Artsen en apothekers hadden in Zeist, Utrecht en Amersfoort met hun fondsen het grootste marktaandeel. Het bestel werd na 1905 door deze formele en commerciële samenwerking van artsen en apothekers gedomineerd, waardoor de onderling beheerde arbeidersziekenfondsen Ziekenzorg en Liduina zich moesten aanpassen aan de door de artsen van de Utrechtse NMG-afdeling gestelde erkenningseisen. Ondanks het overwicht van de medewerkers bleef uniformiteit in beheer, verstrekkingen en honoraria bij de fondsen in de regio ver te zoeken.

De partijen, landelijk en regionaal, waren in 1908 gevormd. De NMG had met de acceptatie van het rapport-Schreve de landelijke beleidslijnen voor de komende jaren geformuleerd. De huisartsen en specialisten begonnen zich als belangengroepen te profileren, het begin van hun beroepsemancipatie.

Op het regionaal niveau had de afdeling Utrecht van de NMG in 1908 haar erkenningslijst voldoende ontwikkeld als middel om plaatselijke ziekenfondskwesties af te handelen. Lokaal en regionaal werkten de artsen en apothekers samen om hun belangen bij de ziekenfondsverzekering te behartigen. De strijd om het ziekenfondswezen stond te beginnen op het landelijk niveau, op het regionaal niveau hadden de artsen en apothekers voldoende regelingen getroffen om de rust in het Utrechtse ziekenfondsbestel tot de eerste ziekenfondsovereenkomst in 1916 te garanderen.

#### *Deel II: De partijen; overleg en polarisatie*

De overeenkomsten en verschillen tussen het landelijk en regionaal niveau betroffen in de periode 1908-1940 de fasering in de relatie artsen-ziekenfondsen, de polarisatie, de rol van de verzuiling, de betrokken personen, de emancipatie van de beroepsgroepen en de manier waarop op het Midden-Nederlandse niveau het ziekenfondswezen tot bloei kwam, terwijl pogingen tot de inrichting van een landelijk functionerend bestel faalden.

De relatie bestond op het landelijk niveau uit vier fasen, afhankelijk van het harmonische of conflictkarakter van de verhoudingen. De verhoudingen tussen de artsen en de fondsen waren in Midden-Nederland overwegend harmonisch, met uitzondering van de relatie tussen het Utrechtse Ziekenzorg en de NMG-artsen in de periode 1933-1940. De fasering op het regionale vlak verschilde van het landelijk niveau, doordat de processen van beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering op ieder niveau hun eigen dynamiek hadden (hoofdstukken 2.7 en 2.15).

De verzuiling had op het landelijk niveau veel grotere betekenis door haar invloed op de ontwikkeling van de sociale wetgeving en de band met de katholieke kerk, de vakbond en de ziekenfondsen. De katholieke ziekenfondsen Liduina en het Centraal Diocesaan Ziekenfonds waren in Midden-Nederland de belangrijkste aspecten van de verzuiling.

De relaties tussen de ziekenfondsprominenten en artsen uit Midden-Nederland en de coryfeeën van het landelijk niveau waren sterk en hadden grote invloed op de landelijke ontwikkelingen en regionale ontwikkelingen. De scheiding tussen de beroepsgroepen bij de artsen tussen huisartsen en specialisten werd daardoor gestimuleerd. Deze ontwikkeling hing af van de kracht waarmee deze groepen zich onder invloed van de landelijke ontwikkelingen plaatselijk of regionaal konden manifesteren.

Het belangrijkste verschil tussen het regionaal en landelijk niveau in de relatie artsen-ziekenfondsen was de manier waarop op het Midden-Nederlandse niveau het ziekenfondswezen tot bloei kwam en op het landelijk niveau niet. De overheid, de NMG, de NMP, de ziekenfondsorganisaties en de vakbonden waren noch door overleg, noch door middel van wetgeving in staat om over een door alle partijen geaccepteerd bestel tot overeenstemming te komen. De ideologische verschillen tussen de vakbonden, de Landelijke Federatie van de onderling beheerde ziekenfondsen en de NMP waren bijna onoverbrugbaar in tijden van harmonische relaties in de periode 1922-1929, de vreedzame periode van de Unificatiecommissie en veroorzaakten grote conflicten in de jaren 1912-1922 en 1929-1940, de tijden van polarisatie. Het labiele evenwicht in de machtsverhoudingen tussen de ziekenfondsen en de artsen maakte het de overheid onmogelijk ziekenfondswetgeving te realiseren.

Op het regionaal niveau wisten de ziekenfondsen en de artsen een levensvatbaar bestel te ontwikkelen. Zij gebruikten daartoe de door de NMG sinds 1908 ontwikkelde richtlijnen, te weten: bindende besluiten en principes over de samenstelling van de ziekenfondsbesturen met invloed van de verzekerden, vrije medewerkerskeuze, de keuze voor honorariumsystemen, de instelling van controle- en adviesorganen en plaatselijke welstandsgrenzen en pasten deze voor eigen gebruik aan. Het Midden-Nederlandse bestel rustte in 1940 op drie pijlers: het door de NMG en de NMP voorgestelde en plaatselijk verder ontwikkelde stelsel van collectieve overeenkomsten in Utrecht, drie door medewerkers en verzekerden beheerde fondsen, waarvan twee regionaal werkende Maatschappijfondsen en een onderling beheerd Utrechts ziekenfonds met een volledig pakket eigen instellingen. Het stelsel bestond uit de vrijwillige ziekenfondsverzekering voor huisartsen- en poliklinische zorg, tandheelkundige zorg, geneesmiddelen, kunst- en hulpmiddelen en kleinere verstrekkingen en aanvullende verzekeringen voor ziekenhuisverpleging, klinische specialistische hulp en kruishulp. Dit systeem werd gefinancierd door nominale weekpremies, was voor de verzekerden betaalbaar, garandeerde hen een goede gezondheidszorg, verschafte de medewerkers redelijke honoraria en bleef voortdurend in ontwikkeling.

### *Deel III: De partijen; schaalvergroting en verzakelijking*

De overeenkomsten en verschillen tussen het landelijk niveau en het Midden-Nederlandse niveau betroffen in de periode 1940-1996 de fasering in de relatie, de invloed van maatschappelijke en economische ontwikkelingen, de invloed van de landelijke overheid en de vrijheid waarmee de artsen en de fondsen hun relatie konden onderhouden, de collectivisatie in koepelorganisaties en door landelijke overeenkomsten, de verzuiling en ontzuiling, de betrokken personen en hun relaties en de uitwerking van de verzakelijking met de concentratie en de regionalisatie (hoofdstukken 3.6 en 3.12).

De fasering in de relatie kan op het landelijk niveau worden verdeeld in vier fasen, afhankelijk van de vrijheid, die de overheid de artsen en de fondsen als spelers op het maatschappelijk middenveld liet. De ontwikkeling van de relatie artsen-fondsen in Midden-Nederland bestaat uit vijf stadia, gekoppeld aan de eenwording van het gebied als regio voor de verzekering van de gezondheidszorg. De maatschappelijke en economische ontwikkelingen hadden meer invloed op de ontwikkelingen van het landelijk ziekenfondsbestel en de relatie met de artsen dan op de regionale verhoudingen. De regeling van de verplichte verzekering, het overheidsbeleid, het beleid van de LSV, LHV en van de ziekenfondskoepels en de ontwikkeling en uitwerking van de landelijke overeenkomsten werden mede gestuurd door maatschappelijke en economische ontwikkelingen. De artsen en de ziekenfondsen moesten zich op het regionaal niveau bij de ontwikkeling van hun eigen beleid voor verzekering, samenwerking en sturing van de gezondheidszorg houden aan de voorschriften van de overheid, hun koepelorganisaties en de bepalingen uit de landelijke overeenkomsten. De invloed van de trends van maatschappij en economie werd daardoor op het regionaal niveau beperkt tot

effecten op de bovenbouwverzekering en de vrijwillige verzekering, waar de fondsen zelf de premies voor vaststelden.

De overheid en de koepelorganisaties van artsen en ziekenfondsen formuleerden visies over de verzekering, de financiering, het beleid en de ontwikkeling van de gezondheidszorg als de Structuurnota en de nota's tijdens en na de periode-Dekker. Deze werden door de artsen en de fondsen in Midden-Nederland bij de concentratie, de regiovorming en voor hun eigen beleid bij verzekering en gezondheidszorg nagevolgd, maar in hun eigen tempo en aangepast aan de regionale omstandigheden.

De verantwoordelijkheid voor het beleid ten behoeve van de ziekenfondsverzekering verschoof door wetgeving en collectivisatie in koepelorganisaties en de landelijke overeenkomsten sinds 1941 van het lokale en regionale vlak naar het landelijk niveau. De uitvoering van de verzekering bleef in handen van de lokaal en regionaal werkende ziekenfondsen, waar de artsen door hun zetels in de besturen tot 1992 hun invloed op het beheer van de fondsen bleven behouden. De artsen en de fondsen behielden een beperkte vrijheid bij het beleid ten aanzien van de vrijwillige verzekering, de aanvullende verzekeringen, het gebruik van eigen instellingen, de bestuurlijke inrichting van de fondsen, de manier waarop zij hun samenwerking inrichtten, in hun keuzes voor concentratie en regionalisatie en in de uitwerking van deze keuzes.

De verzuiling en ontzuiling volgde in Utrecht de landelijke trend. De banden tussen de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en Liduina waren nauw, maar de Bond fuseerde onder invloed van de ontzuiling al in 1971 met de CBOZ. Liduina ging pas in 1980 samen met VHZ. Deze vertraging werd veroorzaakt door plaatselijke factoren.

De verwevenheid van de relaties tussen de Midden-Nederlandse ziekenfondsprominenten als Wefers Bettink, Snooy, Van de Bunt, Van de Zande en landelijke vooraanstaanden als Van Lienden, Anbeek, Hendriks en Van der Reijden was ook in deze periode groot. De koepelorganisaties Federatie V.M.Z., de Bond van R.K.-Ziekenfondsen, de CBOZ en later de Unie en de VNZ werkten als scharnier tussen het landelijk en regionaal niveau.

Verzakelijking en schaalvergroting waren kenmerkend voor de ontwikkeling van de relatie artsen-fondsen op beide niveaus. Schaalvergroting betekende voor het landelijk niveau collectivisatie en voor het Midden-Nederlandse niveau concentratie en regionalisatie. Verzakelijking maakte dat op regionaal en landelijk niveau de artsen hun bestuurlijke verantwoordelijkheid voor het ziekenfondsbestel opgaven, met als gevolg dat de scheiding tussen de artsen als zorgaanbieders en de fondsen als verzekeraars duidelijker werd. Deze ontwikkeling werd op het landelijk niveau in 1952 door de KNMG bevestigd met de verzelfstandiging van de Maatschappijfondsen met hun koepelorganisatie Federatie V.M.Z.

Op het regionale niveau gebeurde dit in 1992. Bij de laatste concentratie van de Utrechtse en Amersfoortse fondsen tot ANOVA werd de oude bestuursstructuur van de ziekenfondsen, het directie/bestuursmodel, vervangen door de Raden van Toezicht en Beheer. De macht over het beleid en het beheer van de zorgverzekeraar ANOVA lag sindsdien niet meer direct in handen van de verzekerden, de artsen en de andere, bij de gezondheidszorg betrokken beroepsgroepen, maar bij de directie als Raad van Bestuur. Dit proces voltrok zich in navolging van de verandering van de ziekenfondsverzekering tot zorgverzekering, zoals deze door overheid en maatschappelijk middenveld sinds 1987 was ontwikkeld.

#### **4.2 Factoren die de relatie hebben beïnvloed**

Twee groepen factoren hebben hun invloed op de relatie artsen-ziekenfondsen gehad: factoren, die direct met de relatie zelf te maken hebben en externe ontwikkelingen. De eerste soort wordt gevormd door de ideeën en karakters van de betrokken personen zelf, ideologie, wederzijdse afhankelijkheid, maatschappelijke emancipatie van de beroepsgroepen, macht, collectivisatie en concentratie. De externe ontwikkelingen bestaan uit economische en maatschappelijke ontwikkelingen, de ontwikkeling van de medische wetenschap en de groei van de gezondheidszorg.

##### *Ideeën en karakters van de betrokken personen*

De ontwikkeling van de relatie artsen-ziekenfondsen werd vooral gedragen door de karakters en ideeën van de betrokken personen en de manier waarop zij met elkaar omgingen. Zij keerden zich tegen elkaar, zoals in de conflicten met Ziekenzorg en de landelijke polarisatie, of waren bereid tot overleg, onderhandelen en samenwerking als in de tijd van de Unificatiecommissie en de bloeitijd

van het Utrechtse contractstelsel. Veel artsen hadden een hekel aan fondsen en fondsbestuurders van linkse signatuur, terwijl mensen als Van Schaik en Van Lienden voor hun politieke overtuiging stonden en capabele onderhandelaars waren.

De NMG was een verdeelde organisatie en de leden konden elkaar in commissies, besturen en vergaderingen dwarszitten, maar gematigde artsen als Schreve, Van Bruggen en Snoeck Henkemans hadden voldoende invloed om in de periode 1912-1913 de bindende besluiten door roerige vergaderingen te loodsen. Cohen en Eggink konden ontactisch zijn en de oorzaak zijn van conflicten en polarisatie, maar zij werkten lang en hard om de Centrale Organisatie en de Maatschappijfondsen op te bouwen voor én de behartiging van de belangen van de artsen én de verbetering van het ziekenfondswezen.

Het beleid van de ziekenfondsen dreef op het idealisme van de bestuurders, zowel van artsen als van verzekerden en apothekers. Mensen als Wefers Bettink en Ten Cate van VHZ, Van de Bunt en Van den Helm van Amersfoort en Omstreken, Severijn en Van der Wurf van Liduina, Verton, Lindemann en De Weerd van Ziekenzorg spanden zich dag en nacht in voor de belangen van de verzekerden, hun gezondheidszorg en het reilen en zeilen van hun ziekenfonds en vaak ook voor het landelijk ziekenfondswezen. Zij onderhandelden met elkaar, twistten met elkaar, maakten onderling afspraken, sloten overeenkomsten en bleken in staat ondanks de polarisatie het ziekenfondswezen zonder wetgeving te ontwikkelen tot een werkend stelsel, dat tot 1941 voorzag in de verzekering van het grootste deel van de Nederlandse bevolking.

De betekenis van administrateurs nam door de professionalisatie van de ziekenfondsen na 1930 toe. Directeuren en administrateurs als A.A. Snooy en W.D.N. Snooy van VHZ, Herman van Amersfoort en Omstreken, Rijpma en Van Weelden van Ziekenzorg en Van de Zande van Liduina zorgden voor hun administraties en werkten samen op regionaal en landelijk niveau, ook als hun besturen onenigheid hadden. Hun belang als ziekenfondsspecialist werd steeds groter, vooral door de invoering van het Ziekenfondsbesluit en verandering van de fondsen in uitvoeringsorganen en door hun rol in de koepelorganisaties. De culminatie van dit proces was in 1992 de verschuiving van de formele beleidsverantwoordelijkheid van de oude ziekenfondsbesturen naar de Raad van Bestuur bij de vorming van ANOVA.

Na 1945 werd de rol van politici snel groter. Voorbeelden zijn de staatssecretarissen Hendriks, Van der Reijden, Simons en Dees en de ministers Veldkamp en Borst-Eilers. De band tussen ziekenfondskringen en de politiek werd onderhouden door de staatssecretarissen Hendriks en Van der Reijden.

### *Ideologie*

De ideologische verschillen tussen de corporatieve organisaties NMG en de Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen over vrije artsenkeuze, welstandsgrenzen en eigen instellingen beheersten de verhoudingen vanaf de oprichting van de Federatie in 1913. De Federatie, na 1920 gesteund door de vakorganisaties NVV en CNV, legde de nadruk op de door de leden beheerde verzekering en gezondheidszorg. De NMG, gevolgd door de NMP, was voorstandster van door de verzekerden en medewerkers beheerde fondsen, die een contractuele relatie aanging met de medewerkers. De Landelijke Federatie accepteerde wel het NMG-systeem van de contracten om haar fondsen van voldoende medewerkers te kunnen voorzien.

Het verzuilde katholiek ziekenfondswezen was, net als de fondsen van de Landelijke Federatie, gebaseerd op de ideologie van onderling beheerde fondsen, maar zou nooit in staat zijn voldoende katholieke artsen aan te trekken om in zijn behoefte te voorzien. De katholieke zuil was daarom bereid met de corporatieve NMG contracten te sluiten, mits de artsen bereid waren de katholieke principes te accepteren. De corporatieve NMG wilde met de katholieke vakbonden en fondsen onderhandelen omdat zij de klassenstrijd afwezen.

Deze ideologische verschillen beheersten de relatie artsen-ziekenfondsen op het landelijk niveau tot de samenvoeging van de koepelorganisaties in de VNZ in 1977 en op het regionaal niveau tot de fusie van de Utrechtse fondsen tot het RZMN in 1983.

### *Wederzijdse afhankelijkheid, maatschappelijke emancipatie van de beroepsgroepen en macht*

De ziekenfondsen betekenden voor de artsen inkomsten en aanzien, maar de ziekenfondsen waren voor de verstrekking van hun zorg van de artsen afhankelijk. Hun relatie werd volledig door deze wederzijdse afhankelijkheid beheerst. Deze afhankelijkheid dwong de artsen tot de ontwikkeling van

het ziekenfondswezen met fondsen als het AZA, tot de formulering en uitvoering van het NMG-beleid met bindende besluiten en de vorming van de Maatschappijfondsen.

Onenigheid of concurrentie bij de artsen versterkte de positie van de ziekenfondsen. Verschil van mening bij de ziekenfondsen gaf de artsen een gunstiger positie. De onderling beheerde fondsen sloten voor 1941 bij een NMG-boycot contracten met niet-georganiseerde artsen. De verdeeldheid van de ziekenfondskoepels speelde de LHV tijdens de onderhandelingen voor de landelijke overeenkomst in 1967 in de kaart.

De beroepsgroepen onder de artsen ontleenden door inkomsten en aanzien een deel van hun maatschappelijke emancipatie aan de ziekenfondsverzekering, terwijl de ziekenfondsen door uitbreiding van de beroepsgroepen meer verstrekkingen konden bieden. Ook hierbij waren de partijen wederzijds afhankelijk. De invoering en uitbreiding van de specialismen had spanning bij de artsen onderling en het onderscheid huisarts-specialist tot gevolg. De invloed van de overheid op de wederzijdse afhankelijkheid en op de emancipatie van de beroepsgroepen werd na 1945 steeds groter.

De wederzijdse afhankelijkheid heeft ook gevolgen gehad voor de machtsverhoudingen binnen de artsenorganisatie NMG met grote tweespalt tussen de leden onderling, de besturen, de vergaderingen en de commissies als gevolg. Dit verzwakte de positie tegenover de ziekenfondsen voor 1941 vooral op het landelijk niveau. Deze conflicten hadden minder invloed op het regionale niveau, waar de relatie afhankelijk was van de krachtsverhoudingen tussen de fondsbesturen en de plaatselijke artsen.

#### *Collectivisatie en concentratie*

De collectivisatie in koepelorganisaties en de invoering van de landelijke medewerkerovereenkomsten greep direct in in de relatie artsen-ziekenfondsen door de verschuiving van macht en beleidsvorming van het lokale en regionale naar het landelijke niveau.

De concentratie in het ziekenfondswezen had door de afname van het aantal ziekenfondsen rechtstreeks gevolgen voor de relatie artsen-ziekenfondsen. Deze concentratie is niet alleen het gevolg van vrijwillige fusies, zoals bij de Maatschappijfondsen. Fondsen werden ook tot het opgaan in grotere verbanden gedwongen als zij te klein of niet in staat waren om de ziekenfondsverzekering of de AWBZ naar behoren te voeren, of over onvoldoende middelen beschikten om te kunnen automatiseren. Ziekenzorg en het Zeister Ziekenfonds zijn hier voorbeelden van.

#### *Externe factoren: economische en maatschappelijke ontwikkelingen*

Economische groei en achteruitgang hadden vóór 1941 meer invloed op het inkomen van de zorgconsument en de relatie artsen-ziekenfondsen dan daarna. Groei betekende meer inkomen, waardoor voldoende financiële ruimte ontstond om lid te worden van een ziekenfonds of om de particuliere tarieven te betalen. Achteruitgang en crisis konden consumenten met hogere inkomens dwingen tot deelname aan het ziekenfonds of ziekenfondsverzekerden tot gebruik van de geneeskundige armenzorg. Dit had gevolgen voor het inkomen van de artsen en hun opstelling tegenover de ziekenfondsen, zoals met de crisisregelingen.

De relatie met de overheid en de politieke invloed van de artsen en de ziekenfondsen hebben de meeste invloed gehad op de vorming van het ziekenfondsbestel en de onderlinge verhoudingen. Voorbeelden zijn de onthoudingspolitiek uit de negentiende eeuw, de wetgevingspogingen van Kuiper en volgende bewindslieden, de bemiddelingspogingen in de tijd van de polarisatie, de oplegging van het Ziekenfondsenbesluit en de ontwikkeling van de driehoeksrelatie overheid-ziekenfondsen-zorgaanbieders na 1945, waarbij het harmoniemodel de leidraad vormde. De overheid had van 1941 tot 1992 grote invloed op de relatie artsen-fondsen door de fondsen de contracteerplicht en daarmee de volledig vrije artsenkeuze op te leggen, maar zij liet de fondsen en de artsen vrij in de bestuursdeelname van de artsen bij de fondsen. De verzuiling was voor de politiek bepalend voor de plaats van de uitvoering van de ziekenfondsverzekering. Volgens confessionele en liberale opvattingen werd de uitvoering van de ziekenfondsverzekering in handen gelegd van de ziekenfondsen als organisaties van het maatschappelijk middenveld en niet opgedragen aan overheidsinstellingen, net zoals bij de uitvoering van andere sociale verzekeringswetten.

De economische bloei na de Tweede Wereldoorlog maakte de uitbreiding van de gezondheidszorg en de ziekenfondsverzekering mogelijk, gepaard gaand met een toenemende overheidsinvloed. Mede onder invloed van de economische recessie rond 1975 veranderde het denken over de

dominantie van de overheid op het maatschappelijk leven. Een bijkomende factor in dit proces was de ontzuiling die na 1960 de versterking van het maatschappelijk middenveld mogelijk maakte door schaalvergroting en professionalisatie. Deze ontwikkelingen hadden hun weerslag op de visie van de sturende invloed van de overheid op de gezondheidszorg en de relatie artsen-ziekenfondsen, waarbij de ziekenfondsen als zorgverzekeraars na 1987 meer vrijheid en verantwoordelijkheden kregen.

Oorlogstijd, bezetting en de daarop volgende vrede waren bijzondere omstandigheden, die de ziekenfondsen en de artsen tot samenwerking dwongen. Deze samenwerking had blijvende veranderingen in de relatie tot gevolg. Door de gevolgen van de mobilisatie in 1914-1918 leerden de Utrechtse artsen en ziekenfondsenbestuurders formeel en informeel samen te werken, met het afsluiten van de eerste ziekenfondsovereenkomst in 1917 als resultaat. Andere voorbeelden van bijzondere omstandigheden zijn de samenwerking tijdens invoering van het Ziekenfondsenbesluit, de tegenwerking van Ziekenzorg en de Maatschappijfondsen bij de concentratiepogingen van Eggink en Van der Does en de samenwerking van de Maatschappijfondsen met het Medisch Contact.

De verzuiling had in de relatie artsen-ziekenfondsen een meer algemene invloed op de positie van de ziekenfondsen in de verhouding ziekenfondsen-artsen-overheid en een specifiekere invloed op het ziekenfondsenwezen zelf. Het katholieke ziekenfondsenwezen werd door de verzuiling in het corporatief georganiseerde ziekenfondsenwezen versterkt. De katholieke fondsen kwamen met de eerste centralistische ziekenfondskoepel, hadden een bijzondere relatie met de NMG en namen hun eigen positie in in de tijd van de polarisatie.

De vakbonden hebben met hun politieke macht, hun methoden en achtergrond in de relatie artsen-ziekenfondsen soms een versturende rol gespeeld. Zij versterkten de positie van het onderling beheerde ziekenfondsenwezen vanaf de oprichting van de eerste arbeidersfondsen, maar het NVV en het CNV kozen in de tijd van de polarisatie uit pragmatische overwegingen wisselend voor samenwerking met de NMG en stootten de Landelijke Federatie van zich af. Deze invloed nam af doordat de bonden in 1949 zetels kregen in de Ziekenfondsraad en medeverantwoordelijk werden voor de rust in het ziekenfondsenbestel.

#### *Externe ontwikkelingen; de groei van de medische wetenschap en de ontwikkeling van de gezondheidszorg*

De groei van de medische wetenschap versterkt de positie van de artsen tegenover de ziekenfondsen door de verhoging van hun maatschappelijke status en de mogelijkheid tot uitbreiding van het te verzekeren verstrekkingspakket. De financiering hiervan heeft altijd problemen en spanningen veroorzaakt. Voor 1941 bleven deze beperkt tot de lokale relatie, na 1945 speelden deze vooral op het landelijk niveau.

Door de groei van de medische wetenschap ontstonden en ontstaan nieuwe medische en paramedische beroepsgroepen, die net als de huisartsen inkomsten uit en aanzien door de ziekenfondsverzekering wilden verwerven. Voor 1941 beslisten de artsen en de fondsbesturen over hun erkenning. De invoering van medische verstrekkingen als tandheelkundige zorg, specialistische hulp en paramedische zorg was een geleidelijk proces, waarvan artsen én fondsbesturen de noodzaak erkenden. De invoering hing af van de plaatselijke verhoudingen, de financiële mogelijkheden van de ziekenfondsen, de mate waarin de beroepsgroepen als de specialisten zich manifesteerden en de inventiviteit, waarmee verstrekkingen aanvullend werden verzekerd. Het Ziekenfondsenbesluit zorgde voor een doorbraak met het door de overheid opgelegde landelijke verstrekkingspakket voor de verplichte verzekering en herziening van het financieringsstelsel.

De ontwikkeling en de groei van de gezondheidszorg werden na 1945 steeds belangrijker voor de verhoudingen tussen de artsen en ziekenfondsen. De kostenstijgingen hadden invloed op de honorariumonderhandelingen, vooral bij de specialistenovereenkomsten. De huisarts kreeg op landelijk en regionaal niveau in de gezondheidszorg een steeds belangrijker rol, niet alleen als huisarts, maar door de verwijzing was hij de spil tussen patiënt en de voortzetting van diens behandeling door de andere medische beroepsgroepen. Dit eiste een steeds nauwere samenwerking tussen zorgverzekeraar en huisarts voor de gezondheidszorg in de regio.

### **4.3 Lessen uit het verleden**

#### *Regionalisatie, een rode draad*

Regionalisatie in de gezondheidszorg kan worden beschouwd als een kind van de relatie artsen-ziekenfondsen.

Het regionalisatieproces, voorspeld in 1898 door de Amsterdamse arts Menno Huizinga (hoofdstuk 1.3) en ontworpen in het Unificatierapport (hoofdstuk 2.5), werd na de oorlog een natuurlijk gegeven in de ontwikkeling van de gezondheidszorg en van de ziekenfondsverzekering. In het Unificatierapport uit 1925 werd een door de NMG, de NMP, de onderling beheerde ziekenfondsen en de vakbonden beheerd ziekenfondsbestel geschetst met een volledig op regionale leest geschoeide gezondheidszorg, die door de landelijke overheid moest worden gesubsidieerd.

De regionalisatie werd in 1929 in de praktijk ingezet met de vorming van de Maatschappijfondsen. Het motief voor de NMG was de bundeling van de krachten van de artsen bij de introductie van de Ziektewet en voor de strijd tegen de onderling beheerde fondsen, maar werd snel aangevuld met de behoefte om de zegeningen van de Maatschappijfondsen naar de omringende gebieden uit te breiden. De Maatschappijfondsen bleven de fondsen met de grootste betekenis voor de regionalisatie. Dit waren in Midden-Nederland de fondsen Amersfoort en Omstreken en de Omstreken van Utrecht.

De regionalisatie kwam in de oorlog in een kwaad daglicht te staan, maar zette zich daarna door. Een van de motieven voor de oprichting van de Federatie V.M.Z. was sterk te staan bij regiovorming en concentratie. In het Utrechtse gebied werd de scheiding tussen stad en omgeving door het Ziekenfondsenbesluit als overleefd gevoeld en fuseerden de Maatschappijfondsen VHZ en de Omstreken in 1950 tot een regionaal werkend fonds. Liduina en het Centraal Ziekenfonds waren in 1946 al samengegaan tot een fonds met het hele Aartsbisdom als werkgebied.

De Structuurnota Gezondheidszorg gaf in 1974 een nieuwe impuls en stimuleerde tot de vorming van regionale werkgebieden met een samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen, waarin de ziekenfondsen omwille van de efficiency nauw zouden samenwerken of fuseren. Dit werd in Midden-Nederland van 1974 tot 1983 uitgewerkt door de vorming van het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland.

Het regionalisatieproces veranderde na 1987 van karakter. Er werden nieuwe motieven gebruikt, zoals versterking van de organisatie tegen concurrentie. Bestaande regio's werden samengevoegd. De regionale traditie in de relatie artsen-ziekenfondsen werd in 1993 opnieuw benadrukt door de landelijke overeenkomst zorgverzekeraar-vrijgevestigde huisarts, waarin afspraken zijn gemaakt over regionale ordening van de huisartsenhulp. Nieuwe zorgverzekeraars gingen landelijk werken, ziekenfondsfusies werden versneld en als nieuw fenomeen fuseerden ziekenfondsen met particuliere verzekeraars. De werkgebieden van de fondsen in Utrecht en Amersfoort werden in 1992 een geheel door de fusie tot RZMN/A&O, het latere ANOVA.

#### *De ziekenfondsverzekering; een traditie van vrije marktverhoudingen?*

De vrije markt van de ziekenfondsverzekering was tot 1941 niet zo vrij.

De artsen en apothekers hadden in 1900 in Utrecht en Amersfoort met hun fondsen het grootste marktaandeel en in Zeist het monopolie. In Zeist en Amersfoort werden de premies en honoraria desondanks afgestemd op de gangbare normen. De filantropische achtergrond van de fondsen en de scheiding van de ziekenfondspraktijk en de particuliere praktijk hielden de ziekenfondshonoraria beneden de particuliere tarieven. In Utrecht zorgden deze redenen, samen met de concurrentie van de andere fondsen, voor stabiele premies en honoraria.

De ziekenfondsmarkt werd na 1914 beheerst door contractuele prijsafspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders, die op lokaal niveau premies en honoraria vaststelden, het aangeboden verstrekkingenpakket in onderling overleg bepaalden en concurrentie tussen de fondsen zo veel mogelijk uitsloten. Concurrentie tussen de georganiseerde zorgaanbieders werd uitgesloten door de contractueel overeengekomen vrije artsen- en apothekerskeuze, het abonnementshonorarium van de huisartsen en prijsafspraken voor specialistische zorg en voor de geneesmiddelenverstrekking.

De contracten werden afgesloten in de steden. Maar weinig ziekenfondsen sloten zich niet bij deze overeenkomsten aan. Dit waren onderling beheerde arbeidersfondsen als de Haagse Volharding en na 1933 het Utrechtse Ziekenzorg, die door het gebruik van medewerkers in loondienst en eigen instellingen verzekering en verstrekkingen in eigen hand hielden.

De mogelijkheid van vrije marktverhoudingen werd voor 1941 nog verder beperkt door de Maatschappijfondsen. Deze werkten als ziekenfonds en als behartiger van de belangen van de zorgaanbieders tegelijk. Toch buiten zij hun monopoliepositie niet uit, zij konden dit niet. De premies moesten worden aangepast aan het inkomen van hun doelgroep, die ook in tijden van

werkloosheid van de ziekenfondsverzekering gebruik moest kunnen maken. De artsen bleven zich bewust van hun sociale verantwoordelijkheid en van hun afhankelijkheid van de ziekenfondspot. Voor de invoering van het Ziekenfondsenbesluit in 1941 was er bij de ziekenfondsverzekering dus geen traditie van vrije marktverhoudingen, maar overheerste de samenwerking tussen ziekenfondsen en medewerkers. Daarna schakelde de overheid iedere marktwerking uit, totdat na 1987 de behoefte aan de herziening van de ziekenfondsverzekering groeide en er iets veranderde: vrijheid in de keuze van de werkgebieden en vrijheid bij het contracteren van de medewerkers.

*De ziekenfondsverzekering; verantwoordelijkheid voor de verzekering en de zorg?*

De ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars, eveneens zorgverzekeraars genoemd, kregen na 1987 steeds meer verantwoordelijkheid voor de zorg die zij hun verzekerden boden. De principes van de sinds 1941 ontwikkelde ziekenfondsverzekering werden gewijzigd door de introductie van marktelementen en ondernemerschap.

Het onderscheid van verplichte en particuliere verzekering door de loongrens blijft vooralsnog bestaan, maar overheid en verzekeraars streven naar convergentie van beide verzekeringen. De ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars zijn na 1987 begonnen met de organisatorische en verzekeringstechnische integratie door onderlinge fusies, de samenvoeging van hun koepelorganisaties en door de samenwerking van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars bij collectieve verzekeringscontracten.

De zorgverzekeraars zijn na 1987 financieel verantwoordelijk geworden voor de contractering en de verzekering en zij zijn vrij in de keuze van hun werkgebied. De vrije artsenkeuze is formeel vervallen door de opheffing van de contracteerplicht, waardoor zij zelf kunnen kiezen voor de contractering van medewerkers. De verzekeraars moeten met de kwaliteit van de geboden zorg en de hoogte van de nominale premie concurreren om de gunst van de verzekerde, die vrij is in zijn keuze van verzekeraar.

De overheid verkleint het pakket van de verplichte verzekering doordat belangrijke verstrekkingen als fysiotherapie en tandheelkundige zorg drastisch worden ingekrompen. De zorgverzekeraars brengen daarom deze in hun aanvullende verzekeringen onder of bieden ze als zelfstandige polissen aan aan verplicht én particulier verzekerden.

Deze verzekeringen hebben geen relatie met het oude stelsel van voor 1941. De premies worden vastgesteld door de verzekeraar zelf en niet in overleg met de zorgaanbieders. De zorgverzekeraars sluiten voor deze verzekeringen met de zorgaanbieders in hun regio collectieve overeenkomsten met eigen of landelijke tarieven en voorwaarden, waardoor het principe van de plaatselijke en regionale overeenkomsten lijkt te herleven. De relatie zorgverzekeraars-zorgaanbieders verandert door terugkeer van de verzekering op het lokale en regionale niveau. De zorgverzekeraars stellen zich in hun regio steeds zelfstandiger tegenover de zorgaanbieders op en stellen zelf de pakketten voor de aanvullende verzekeringen samen.

De oude vraag *Zijn ziekenfondsen ziekteverzekeringsinstellingen of gezondheidszorginstellingen?* krijgt een nieuw antwoord. Zorgverzekeraars nemen deel in instellingen, in praktijken en in nieuwe initiatieven of verlenen subsidies. Het oude principe van de eigen instellingen is door zorgverzekeraars als ANOVA weer nieuw leven ingeblazen. Deze instellingen, variërend van apotheken tot leveranciers van kunst- en hulpmiddelen, werden en worden om uiteenlopende redenen gebruikt. Door de winst op de exploitatie van de eigen instellingen kan de verzekeraar de nominale premies voor de verplichte verzekering en de aanvullende verzekeringen lager houden. Zorgverzekeraars kunnen met deze instellingen met de reguliere zorgaanbieders concurreren, de tarieven in de regio beïnvloeden en daarmee de kosten van de gezondheidszorg beter in de hand houden. De eigen instellingen kunnen de verzekerden extra service of verstrekkingen bieden.

Het gebruik van eigen instellingen heeft een schaduwzijde: het geeft altijd conflicten met de reguliere zorgaanbieders. De geschiedenis heeft de vraag of zorgverzekeraars zich bij hun verzekeringsleest moeten houden, of ook zelf als zorgaanbieder mogen optreden al beantwoord. Zowel de Maatschappijfondsen als de onderling beheerde fondsen maakten uitgebreid en soms zelfs succesvol gebruik van eigen instellingen.

Ondanks alle ontwikkelingen bleef de concurrentie tussen de zorgverzekeraars echter beperkt. Zij bleken in de praktijk tegenover de zorgverleners onvoldoende vuist te kunnen maken, doordat zij dure zorg niet konden vervangen door goedkopere en gedwongen waren de voorwaarden van de medewerkersorganisaties bij de contractonderhandelingen te aanvaarden. De sinds 1987 ingezette veranderingen bleken wel gevolgen te hebben voor de solidariteit van de ziekenfondsverzekering



tussen goede en slechte risico's, die door de verzakelijking van de ziekenfondsen dreigt te verdwijnen. Zorgverzekeraars als ANOVA krijgen door het terugtreden van de overheid daarom weer grotere verantwoordelijkheid voor de handhaving van de solidariteit bij de uitvoering van de verzekering van de gezondheidszorg. Tegelijkertijd worden zij weer verantwoordelijk voor hun eigen bedrijfsvoering. Aanvullende verzekeringen, regionalisatie, eigen instellingen, kostenbeheersing en een goede relatie met de zorgaanbieders zijn de manieren waarop zij zich aan de moderne tijden kunnen aanpassen. Middelen, die vóór 1941 ook al beproefd waren.

#### **4.4 De relatie artsen-ziekenfondsen op nationaal en regionaal niveau; de beantwoording van de onderzoeksvraag**

De vraagstelling voor dit onderzoek luidde: *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?*

De relatie werd bepaald door externe en interne factoren. Zij bestond voor 1941 uit persoonlijke verhoudingen, wederzijdse afhankelijkheid en ideologie. De relatie stond lange tijd in het teken van harmonie, door polarisatie soms in het teken van conflict. De artsen formuleerden op het landelijk niveau de belangrijkste beleidslijnen voor het ziekenfondsbestel, die op het regionale niveau werden overgenomen. De artsen en de fondsen ontwikkelden aan de hand van deze beleidslijnen naar eigen inzicht in Utrecht, Zeist, Amersfoort en de omringende gebieden een stelsel van ziekenfondsverzekeringen en aanvullende verzekeringen, die voor de Midden-Nederlandse bevolking in de behoefte aan de verzekering van de gezondheidszorg voorzagen. Deze verzekering werd door de artsen en de verzekerden beheerd, meestal in samenwerking met apothekers. De ontwikkelingen op het landelijk niveau waren van invloed op de gebeurtenissen en processen op het regionaal niveau, maar de regio had bij de beleidsontwikkeling en -uitvoering voor 1941 een eigen dynamiek met een eigen fasering.

De invloed van de overheid op de ziekenfondsverzekering werd sinds de invoering van het Ziekenfondsenbesluit in 1941 groter. De relatie artsen-fondsen veranderde door schaalvergroting en verzakelijking, waardoor de beleidsbepalende rol van de artsen voor het ziekenfondswezen steeds kleiner werd. Het beleid werd gevormd op het landelijk niveau, de zelfstandigheid van het Midden-Nederlandse ziekenfondsbestel werd steeds meer beperkt tot de uitvoering van dit beleid. De ontwikkelingen in de regio volgden die van het landelijk niveau, maar in hun eigen tempo en aangepast aan de regionale omstandigheden. De scheiding in de relatie van de artsen als leverancier van gezondheidszorg en die van de fondsen als verzekeraars werd duidelijk. De verzakelijking van de relatie ziekenfondsen en artsen, begonnen in 1941 op het landelijk niveau, werd in 1992 op het Midden-Nederlandse niveau voltooid. De lange periode waarin de artsen solidair met de verzekerden het beleid bij de ziekenfondsen droegen, was afgesloten. De fusie van ANOVA en ZAO in 1997 betekende het einde van de zelfstandigheid van de ontwikkeling van de zorgverzekering en de relatie artsen-ziekenfondsen in Midden-Nederland.