

## Deel III: De partijen; schaalvergroting en verzakelijking

### Het landelijk niveau

#### 3.1 Achtergrond: de Nederlandse samenleving sinds 1940

Het Ziekenfondsenbesluit uit 1941 maakte de ziekenfondsverzekering tot onderdeel van de sociale verzekeringswetgeving, waardoor de relatie artsen-ziekenfondsen steeds sterker door de regelgeving van de landelijke overheid beïnvloed werd. Economische en maatschappelijke ontwikkelingen als hoogconjunctuur, verzuiling en sociale wetgeving drukten ook hun stempel op de verhoudingen.

##### *Economische ontwikkelingen en de rol van de overheid*

De rol van het landsbestuur in de samenleving werd door de bijzondere omstandigheden tijdens de mobilisatie, de bezetting en na de bevrijding versterkt. De Duitsers probeerden na de overgave in mei 1940 een nieuwe orde op te zetten. Het bestuur werd sterk gecentraliseerd en de Nederlandse bureaucratie werd aangevuld met Duitse bureaus, die een controlerende, coördinerende en verordenende taak kregen. Daardoor werd een institutioneel kader voor een actief en gedetailleerd overheidsingrijpen opgebouwd. Tegelijkertijd maakten politici, werknemers- en werkgeversvertegenwoordigers ondergronds en in Engeland intensief plannen voor nieuwe structuren voor de sociaal-economische politiek na de Duitse overgave.<sup>1</sup> Na het einde van de bezetting waren alle betrokken partijen het erover eens dat, in tegenstelling tot de opvattingen in 1918, centrale planning en sturing hard nodig waren voor de wederopbouw.

Elementen uit de naoorlogse periode waren de geleide loonpolitiek, het Centraal Planbureau en de Stichting van de Arbeid en economische bloei. Het Centraal Planbureau werd opgericht voor het maken van analyses en prognoses voor de ontwikkeling van het sociaal-economisch beleid. De Stichting van de Arbeid was een privaatrechtelijk overlegorgaan, waar werknemers en werkgevers op aanwijzing van het college van rijksbemiddelaars overlegden over de loonhoogte en de secundaire arbeidsvoorwaarden. In 1950 werd de Sociaal-Economische Raad, de SER, ingesteld als adviesorgaan voor kabinet en parlement. De SER gaf door de gemengde samenstelling van vertegenwoordigers uit werknemers- en werkgeverskringen en kroonleden kwalitatief hoogwaardige adviezen voor de te voeren sociaal-economische politiek. De conjunctuur ontwikkelde zich voorspoedig, mede door het handhaven van een lagelonenpolitiek en de werkgelegenheid groeide tot volledigheid.

Deze periode eindigde vrij abrupt in 1963. De Nederlandse economische en de beloningsstructuur moesten door de toetreding tot de EEG worden gelijkgetrokken met die van de andere lidstaten, waardoor loonsverhogingen nodig waren.<sup>2</sup> In 1963 werd de centrale loonpolitiek opgeblazen en een periode van inflatie begon. De werkgelegenheid in de industrie stagneerde in de zestiger jaren en begon na 1970 zelfs terug te lopen. Nederland had na vele jaren weer te maken met een economische recessie, die werd versterkt door internationale economische ontwikkelingen als de langdurige prijsstijging van olie, een verminderde koopkracht van andere landen en de vermindering van de wereldhandel. Het nationaal inkomen groeide minder snel, terwijl de overheidsuitgaven door verbreding van de sociale politiek, de stijging van de rente van de staatsschuld en de kosten van de werkloosheidsuitkeringen snel stegen.

De regering-Den Uyl trachtte in de jaren 1973-1976 door extra overheidsuitgaven het tij van de neergaande conjunctuurgolf te keren, maar dit mislukte. De inflatie steeg en de werkloosheid groeide snel.<sup>3</sup> Stimulering door de overheid van de consumptieve vraag bleek niet te helpen, te hoge staatsuitgaven als gevolg van een te hoge collectieve lastendruk zouden voor het Nederlands prijspeil en de werkgelegenheid volkomen averechts werken. De regering moest haar economische politiek aanpassen en proberen de overheidsuitgaven in de hand te houden.

Dit vereiste een beleid van zuinigheid en bezuinigen, dat door de opvolgers van het kabinet-Den Uyl, vooral door de kabinetten Lubbers van 1982 tot 1994, met meer of minder succes werd uitgevoerd. Onder druk van de economische ontwikkelingen kozen zij in het algemeen voor een politiek die bestond uit verlaging van het financieringstekort bij de overheid, verbetering van het rendement en de vermogenspositie van de bedrijven en bezuinigingen op de overheidsuitgaven en sociale zekerheid. Afhankelijk van de economische ontwikkelingen was er meer speelruimte voor vermindering van het financieringstekort en uitgaven voor sociaal beleid, maar de teneur van beperking van de overheidsuitgaven bleef tot in de negentiger jaren onveranderd.

Economie en overheidsbemoeienis bleven nauw verbonden. Tot in de jaren zeventig stond economie van de vraagzijde centraal en werd stimulering van de consumptie door bedrijven en particulieren door overheidsinvesteringen als de oplossing voor economische neergang gezien. Na het kabinet-Den Uyl volgde de ideologische omslag. De economie van het aanbod kreeg meer aandacht en de overheid moest overgaan tot deregulering, decentralisatie en privatisering van overheidsondernemingen, de terugtrekkende overheid.<sup>4</sup> De overheid moest haar grenzen beter kennen en niet te ver gaan, zoals bleek bij het verlenen van steunsubsidies aan noodlijdende bedrijven en ingrijpen in de loonontwikkeling. Elke regering maakte bij haar economische politiek eigen keuzes voor een stimulerings- of bezuinigingsbeleid en soms voor een combinatie van beide. Naar goede Hollandse traditie werd daarbij aan bezuinigen meestal de voorkeur gegeven.

#### *Verzuiling en ontzuiling*

De verzuiling bleef naast zuinigheid een belangrijk kenmerk van de Nederlandse samenleving. In de verzuilde en in liberale, socialistische en vrijzinnige kringen bleef de nadruk liggen op de waarde van de huwelijksmoraal en de familieband. In Nederland bestond tot de jaren zestig een bijna volledige consensus over monogamie, de man/vrouw-verhouding en over de gezinsband, gebaseerd op solidariteit en ouderlijk gezag.<sup>5</sup> De functie van het traditionele gezin was nodig voor de voorziening van de individuele behoefte aan zorg, geborgenheid en erkenning. Het gezin ging trouw naar de kerk, luisterde naar het aanbod van de verzuilde omroepen op de radio en de Nederlander stemde trouw op de confessionele of socialistische partij van zijn of haar gezindte. De katholieke en protestantse kinderen gingen naar hun eigen scholen. De confessionele zuilen verzekerden zich vooral na de oorlog door middel van overheidssubsidies van hun aandeel in de gezondheidszorg, het onderwijs en allerlei welzijnsvoorzieningen.

Dit geeft ook aan wanneer de verzuiling voor de samenleving haar betekenis verloor, de ontzuiling. In de oorlog hadden de mensen dwars door alle zuilen heen met elkaar samengewerkt. Na de oorlog kon iedereen door radio, kranten en tv kennismaken van normen en waarden van buiten de zuil en volgden de welvaartsexplosie en de verbetering van de sociale wetgeving. De menselijke belevingswereld veranderde sterk, vooral in de zestiger en zeventiger jaren, en Kerk, familie en huwelijksmoraal verloren hun functie als traditionele instituties. Zij gaven het individu steeds minder emotionele geborgenheid en zelfbevestiging.

De ontzuiling had ingrijpende gevolgen voor de politiek en voor het stelsel van verzuilde maatschappelijke organisaties als de omroepen, de charitatieve instellingen, de vakbonden en het verzuilde netwerk van de gezondheidszorg. Evenals bij de confessionele partijen veranderde hun bestaansrecht doordat na de vijftiger jaren hun ideologische basis versmalde. Het was om financiële, bestuurskundige en effectiviteitsredenen ondoelmatig en vaak ongewenst deze instellingen met hun identieke doelstellingen en overlappende werkgebieden ongewijzigd te laten voortbestaan en de besturen besloten daarom vaak tot samenwerking of fusie. De katholieke zuil werd bijna geheel ontmanteld. Vakbonden, scholen, ziekenhuizen, kruisverenigingen en welzijnsinstellingen van protestantse en katholieke gezindte werden samengevoegd met elkaar of met neutrale instellingen. Nederland werd nooit meer hetzelfde.

#### *Tussen overheid en vrije markt; het maatschappelijk middenveld*

Met het wegvallen van de schotten van de verzuiling veranderde er iets in de relatie tussen overheid en samenleving, de manier waarop de overheid zich met de maatschappelijke omgeving verstaat en daarmee samenhangend de scheiding tussen openbaar en particulier, staat en vrije markt. Deze scheiding is niet absoluut, maar wordt aangeduid als het maatschappelijk middenveld.<sup>6</sup>

Dit veld wordt gevormd door een samenspel tussen overheid en het georganiseerd particulier initiatief, waarbij de overheid *de behartiging van een taak van publiek belang geheel of gedeeltelijk toevertrouwt aan privaatrechtelijke maatschappelijke organen, die de verzorging daarvan spontaan op zich hebben genomen of daartoe bereid zijn.*<sup>7</sup> De mate waarin dit gebeurt wisselt van periode tot periode en is afhankelijk van factoren als historische groeiprocessen, politieke beslissingen en de kracht waarmee deze instellingen de overheidsbeslissingen kunnen beïnvloeden. Ziekenfondsen en bedrijfsverenigingen zijn voorbeelden van organisaties, die tot het maatschappelijk middenveld behoren. De confessionele instellingen in Nederland hebben sinds het einde van de vorige eeuw hun positie in het maatschappelijk middenveld beheerst door hun rol in onderdelen van de samenleving als het onderwijs, de gezondheidszorg, het omroepbestel en bij de uitvoering van de sociale onderstand. Door hun politieke invloed werd de positie van het maatschappelijk middenveld versterkt ten bate van de eigen zuil.

De ontzuiling had voor de organisaties van het middenveld twee gevolgen.<sup>8</sup> De fusies en samenwerking hadden schaalvergroting en daarmee samengaand machtsvergroting tot gevolg. Daarnaast verschoof de macht in de besturen van de instellingen langzaam van de confessionele bestuurders naar professionele medewerkers. De organisaties waren door uitbreiding en verzwarend van de taken gedwongen de vrijwilligheid van goedwillende bestuurders te vervangen door het werk van professionals als beroepsadministrateurs, beleidsjuristen, psychologen en organisatiedeskundigen.<sup>9</sup> Er ontstond een wisselwerking met de invloedssfeer van de overheid, die tot in de zeventiger jaren door wetgeving en overheidsdiensten haar werkzaamheid op particulier terrein en gedeeltelijk ten koste van het maatschappelijk middenveld probeerde uit te breiden. De particuliere instellingen werden daarbij op den duur bijna volledig gesubsidieerd door de overheid.<sup>10</sup> In de periode daarna werd gekozen voor een andere rolverdeling, waarbij de particuliere organisaties van het middenveld voorzieningen van het algemeen belang konden overnemen, het proces van de privatisering.<sup>11</sup> Een sector als de gezondheidszorg is een dankbaar object voor de discussies over de verhouding tussen markt, overheid en maatschappelijk middenveld. De overheid grijpt diep in in de verhouding zorgconsument en zorgaanbieders vanaf de regulering van de geldstromen en de vaststelling van tarieven en wet- en regelgeving van beroepsuitoefening van de zorgaanbieders tot aan de wijze van verzekeren door de bevolking.<sup>12</sup> Sinds de jaren tachtig probeert de overheid met de koepels van de zorgaanbieders en de ziekenfondsen als organisaties van het middenveld met meer of minder succes een evenwicht te vinden tussen de volledige, door de overheid bepaalde ziekenfondsverzekering en een manier, waarop de ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars zelf door premieheffing een deel van de zorg financieren. Dit evenwicht blijkt bijzonder moeilijk te vinden, niet alleen doordat de politieke visies wisselen, maar ook omdat politiek en praktijk soms moeilijk op elkaar aansluiten.

### *Sociale wetgeving en ontzuiling*

De ziekenfondswetgeving is onderdeel van de sociale wetgeving, die sinds 1940 verder werd ontwikkeld. Tijdens de bezetting zorgden de Duitse autoriteiten in 1941 voor twee sociale regelingen: het Ziekenfondsenbesluit en de Kinderbijslagwet. De economische bloei maakte het na 1945 financieel mogelijk dat de lappendeken van wetten en regelingen uit de voorgaande periode werd vervangen door de voorzieningen van een moderne verzorgingsstaat. Deze werden gerealiseerd in de periode 1949-1976.

Tijdens discussies over de invoering van de Algemene Ouderdomswet, de AOW, werd in de jaren 1947-1956 de volksverzekering ontwikkeld.<sup>13</sup> Een volksverzekering was een voorziening waarin voorzien werd door de Staat, maar die formeel als verzekering was ondergebracht bij een maatschappelijk, afzonderlijk gefinancierd orgaan. Iedere ingezetene kon onder zekere voorwaarden een beroep doen op een dergelijke verzekering. De premie voor deze verzekeringen werd opgebracht door collectieve heffingen op inkomsten.

De volksverzekering was een oplossing om de principiële tegenstellingen te overbruggen tussen de socialisten en de confessionelen, die in van 1948 tot en met 1958 rooms-rode kabinetten vormden. De confessionele partijen hadden volledige staatszorg altijd afgewezen, maar wel gepleit voor een sociale verzekering waaruit de eigen verantwoordelijkheid duidelijk zou blijken.<sup>14</sup> Zij waren voorstander van een ouderdomsvoorziening, waarbij aan iedere oudere een inkomen op het niveau van het bestaansminimum gegeven zou worden. Mensen zouden dan zelf kunnen kiezen voor de verzekering van een aanvullend pensioen. De socialisten daarentegen wilden een volledige uitkering voor de gehele bevolking. De SER stelde als compromis in 1952 een verplichte verzekering voor alle ingezetenen voor, die zou worden gefinancierd door een premieheffing op alle inkomens. Deze premie zou niet worden geïncasseerd door de bedrijfsverenigingen, de favoriete organisaties van de confessionelen, maar door de Rijksinvesteringsbank.

Voor de PvdA, de liberalen, verenigd in de VVD, en de katholieke leiders was deze oplossing aanvaardbaar. De katholieken vonden dit de beste manier om sociale wetgeving door te voeren en daarbij gebruik te maken van bestaande middelen en organen, zonder te moeten zwichten voor volledige staatszorg. Bij de ARP had het een revolutie tot gevolg. De nieuwe leider, Jelle Zijlstra, zwoer het oude principe van de souvereiniteit in eigen kring af en koos als nieuwe leidraad voor een tussenvorm tussen de vrije markteconomie en de planeconomie.<sup>15</sup> Hij was voorstander van overheidsingrijpen, maar stelde daaraan grenzen: *de staat mag niet alles en de staat kan niet alles*.

Het SER-advies had drie gevolgen. De Raad had zijn reputatie als adviesorgaan gevestigd en geen enkele regering kon meer bij de ontwikkeling van het sociaal-economisch beleid om hem heen. Ten tweede werd door de acceptatie van het compromis de AOW ingevoerd. Ten derde werd hiermee het

principe van de volksverzekering geïntroduceerd, de leidraad voor nieuwe sociale verzekeringen. Voorbeelden van andere volksverzekeringen waren de Algemene Weduwen- en Wezenwet, 1959, de Algemene Kinderbijslagwet, 1963, en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, 1968. Deze laatste wet voorzag in de kosten van opname in een verpleeghuis of psychiatrische inrichting. De Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen uit 1967 en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet uit 1976 waren het sluitstuk van het complex volksverzekeringen. Hierdoor werden de financiële en medische gevolgen van langdurige arbeidsongeschiktheid gedekt.

De werknemersverzekeringen bleven naast de volksverzekeringen bestaan. Bij deze verzekeringen hadden alleen de mensen die als loontrekkenden premie betaalden recht op een uitkering. De Ziektewet, ingevoerd in 1930, bleef onveranderd. In 1952 trad de Werkloosheidswet, de WW, in werking. De WW voorzag in een uitkering tijdens onvrijwillige werkloosheid. De verplichte ziekenfondsverzekering was in feite een werknemersverzekering, maar werd in de vijftiger en zestiger jaren uitgebreid met groepen, die hun inkomen uit andere bronnen verkregen. Het Ziekenfondsenbesluit werd in 1966 met enige aanpassingen omgezet in de Ziekenfondswet.

De uitvoering van de volksverzekeringen en de werknemersverzekeringen werd in handen gelegd van organisaties uit het maatschappelijk middenveld zoals de bedrijfsverenigingen, voor een deel verenigd in het Gemeenschappelijk Administratiekantoor of GAK, de Gemeenschappelijke Medische Dienst, de GMD, de ziekenfondsen en de Sociale Verzekeringsbank, de SVB. Deze instelling was de opvolger van de Rijksverzekeringsbank.

De Armenwet werd in 1965 door de KVP-minister Klompé vervangen door de Algemene Bijstandswet, de ABW. Door de ontwikkeling van de sociale verzekeringswetgeving groeide het idee, dat de armlastige het recht kreeg op een uitkering van de overheid en niet gedwongen zou moeten zijn tot een beroep op de bedeling. De confessionele partijen bleven vasthouden aan de principes van de Armenwet: een rol voor de kerkelijke en gemeentelijke armenzorg. De gemeenten kregen daarbij steeds meer financiële armslag en de uitkeringsniveaus stegen.<sup>16</sup>

De leidraad voor het nieuwe beleid werd de opvatting dat de overheid zich *op geen enkele wijze direct met de persoonlijke levensovertuiging mocht bemoeien*.<sup>17</sup> Dit werd gerealiseerd door een subsidiebeleid, waardoor particuliere instellingen als kruisverenigingen en andere organisaties voor maatschappelijk werk hun activiteiten konden voortzetten en uitbreiden. De armenzorgtraditie werd hiermee geïncorporeerd in de verzorgingsstaat. De culminatie van dit proces was de aanvaarding van de ABW in 1965, waardoor de financiële zorg voor mensen in moeilijkheden tot een plicht van de Staat en de burgerlijke gemeente werd gemaakt.

De invoering van de Bijstandswet maakte de ontzuiling van de wetgeving van de sociale zorg definitief. De subsidiariteit van de katholieke zuil werd vervangen door de solidariteit van de gemeenschap. Voor de kerkelijke autoriteiten was als uitkerende instantie in deze wet geen rol meer weggelegd. De uitvoering van de Bijstandswet werd geheel in handen van de sociale diensten van de gemeenten gegeven. De bijstand was staatszorg, de kosten konden niet meer verhaald worden op de naaste verwanten. Degenen die een beroep deden op een bijstandsuitkering werden niet meer als persoonlijk verantwoordelijk gezien voor hun levensomstandigheden. Zij kregen in 1965 een garantie voor een uitkering op het niveau van het bestaansminimum. Deze uitkeringen zouden de volgende jaren ruimer kunnen worden door de groeiende welvaart en ruimte bij de overheidsfinanciën.

#### *Sociale zekerheid, economische veranderingen en veranderende visies*

De opbouw van de sociale zekerheid in de jaren 1948-1976 was mogelijk door de gunstige ontwikkeling van de economie, een lange periode van volledige werkgelegenheid en gezonde overheidsfinanciën door de opbrengsten uit de leveranties van aardgas. Daarnaast speelde een voortdurende rivaliteit tussen de PvdA, de KVP en de ARP om de gunst van de kiezer een belangrijke rol.<sup>18</sup> De AOW kwam uit de PvdA-koker, maar de Bijstandswet, verhogingen van het minimumloon, de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de WAO waren wetten van confessionele ministers. Door de garanties van deze zekerheid werden de bittere herinneringen aan de crisis en de bezetting wat verzacht en ontstond in Nederland bij de bevolking een vertrouwen in de economie, de overheid en zichzelf.

Dit veranderde na 1975. De Algemene Arbeidsongeschiktheidswet werd aangenomen tijdens de economische recessie. De werkloosheid steeg snel. Het niveau van de uitkeringen, gecombineerd met de groei aan WW-uitkeringen en een onvoorzien groot gebruik van de WAO leidde tot een explosieve groei van de sociale zekerheidsuitgaven en droeg bij tot de overheidstekorten.

Sindsdien is dit een van de grootste problemen waarmee iedere regering te kampen heeft. Het recht op sociale zorg is een erkend recht, maar dit recht moet betaalbaar blijven. De oplossing voor de

beheersbaarheid werd en wordt gezocht in beperking van de groepen, die voor uitkeringen in aanmerking komen, vermindering en stroomlijnen van de aantallen uitkeringen en kortingen op de uitkeringen zelf. Er wordt gestreefd om de uitvoering van de sociale verzekeringen te stroomlijnen door fusies tussen het GAK, de GMD en de zelfstandig werkende bedrijfsverenigingen, schaalvergroting in de gezondheidszorg en efficiency-operaties bij de gemeentelijke sociale diensten. Soms wordt geprobeerd de verzorging en financiering van uitkeringen en zorg over te dragen aan het maatschappelijk middenveld of zelfs aan de particuliere markt. Voorbeelden zijn de verzekering van een deel van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen door pensioenfondsen en particuliere verzekeraars en de overheveling van delen van de ziekenfondsverzekering naar de particuliere verzekering. De verzekerende instellingen veranderen daardoor meer en meer van bureaucratische instellingen in marktgerichte organisaties, met alle gevolgen voor de verhoudingen tussen de verzekerden, de verzekeraars en hun relaties.

*De welvaartsstaat in evenwicht en verandering*

Door de ontzuiling en de groeiende invloed van de overheid op de maatschappij zijn de verhouding tussen het particulier initiatief, het maatschappelijk middenveld en de overheid steeds in verandering. Deze proberen als partners een evenwicht te vinden tussen collectivisme en individualisme, tussen staatszorg en de volledig vrije markt. Dit evenwicht is niet absoluut, maar afhankelijk van de politieke mogelijkheden en denkbeelden, de financiële mogelijkheden van de overheid en de kosten van de samenleving, met name die van de sociale zorg. De Nederlandse samenleving verandert, de voorzieningen van de welvaartsstaat worden aangepast. Een van die voorzieningen is de verzekering van de gezondheidszorg.

### 3.2 De bezetting: artsenverzet, het Ziekenfondsenbesluit en concentratiegedachten

De relatie artsen-ziekenfondsen veranderde ingrijpend in de periode 1940-1945. De psychologische druk in het begin van de bezetting, de gelijkschakeling van de artsen, het artsenverzet, de invoering van het Ziekenfondsenbesluit en de pogingen tot concentratie van de ziekenfondsen waren er de oorzaak van dat zij hun vrijheid bij het beheer van het bestel definitief verloren.

#### *Na de meidagen van 1940: het einde van de polarisatie*

De relatie artsen-ziekenfondsen veranderde na mei 1940. Plaatselijk bleven de verhoudingen tussen de fondsen en de medewerkers ongewijzigd, maar op het landelijk niveau had de bezetting voor de verhouding artsen-ziekenfondsen een schokeffect. Alle conflicten en getwist leken opeens onbelangrijk, want de angst voor Duits ingrijpen was groot.

De partijen reageerden met ideeën over concentratie. De CBZ van de onderling beheerde ziekenfondsen pleitte voor ziekenfondskoncentratie en verwees daarbij naar het Unificatierapport: een ziekenfonds per werkgebied.<sup>19</sup> De Specialisten Commissie van de NMG kwam met een nota, waarin gepleit werd voor een fusie van alle ziekenfondsen tot een landelijke organisatie met een districtsgebijze uitvoering onder een Centrale Ziekenfondsraad.<sup>20</sup> Deze districtsgebijze organisatie moest in combinatie met de invoering van een verplichte verzekering de financiële mogelijkheden van de ziekenfondsen vergroten. De specialistische hulp kon worden uitgebreid en verbeterd en de verwijzing zou voor de verzekerden vervangen moeten worden door de vrije loop met een ticket modérateur of eigen bijdrage, het favoriete systeem van de specialisten.

De Specialisten Commissie maakte door deze nota duidelijk dat zij de NMG verweet de afgelopen jaren te veel de belangen van de huisartsen bij de ziekenfondsen te hebben verdedigd en te veel begrip te hebben getoond voor de ziekenfondsen.<sup>21</sup> De Huisartsen Commissie zelf was uit angst voor Duits ingrijpen bereid om met de specialisten samen te werken. Op 21 juli 1940 spraken de beide artsen-groepen zich uit voor de fusie van alle ziekenfondsen tot een landelijk fonds. Om het sprookje te vervolmaken voerden de commissies op 24 juli gezamenlijk overleg met Van Lienden en vertegenwoordigers van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen, J. Veldman en J. Hendriks, waarbij niemand eigenlijk tegen een fusie bleek te zijn.

De idylle vervloog weer snel. Op 31 juli voerde C. van den Berg, de directeur-generaal van Volksgezondheid, met de organisaties van de artsen, de tandartsen, de apothekers en de ziekenfondsen overleg over mogelijke Duitse plannen.<sup>22</sup> Van den Berg had laten doorschemeren dat de Duitsers zich niet met het ziekenfondswezen zouden bemoeien als er een eenvoudige landelijke regeling zou komen. Hij was wel voorstander van concentratie, maar fusie ging hem te ver. Van Lienden, Veldman en Hendriks trokken daarop hun mening over een Nederlands ziekenfonds in.<sup>23</sup> De NMG bleef daarentegen wel warm pleiten voor een landelijk fonds, ingericht naar de wensen van de artsen. Van den Berg liet de zaak verder over aan zijn secretaris-generaal W. Verweij, die een verplichte ziekenfondsverzekering of een verplicht lidmaatschap van de NMG staatsrechtelijk onaanvaardbaar vond.<sup>24</sup> De fusiegedachten verdwenen in de la bij het Unificatierapport en afgelegde wetsontwerpen.

Deze contacten tussen de NMG, de NMP, de NMT, de ziekenfondsen en de overheid hadden geen tastbare resultaten opgeleverd, maar zij maakten wel een einde aan de lange periode van polarisatie. De NMG en de CBZ waren weer bereid tot overleg en samenwerking.

De ziekenfondsorganisaties wilden zelf ook nauwer samenwerken. Zij vergaderden op 25 september 1940 met het Utrechtse Ziekenzorg, het Limburgse Algemeen Mijnerwerkersfonds en het bedrijfsfonds van Philips over de prijsverhoging van brillen.<sup>25</sup> Tijdens dit overleg bleek de behoefte aan een contactcommissie die niet alleen de problemen met de montuurgrossiers kon oplossen, maar die ook kon helpen bij problemen met de NMG. In april 1941 werd de Commissie voor de Ziekenverzorging in Nederland opgericht als overlegorgaan voor de CBZ, de Bond van R.K.-Ziekenfondsen, de Landelijke Contactcommissie van onderling beheerde Ziekenfondsen, de Nederlandse Bond van Ziekenfondsen<sup>26</sup> en twee federaties van ziekenhuisverplegingsfondsen. De eenheid bij de onderling beheerde ziekenfondsen, verbroken door de oprichting van de Landelijke Contactcommissie in 1939, was hersteld.

De kloof tussen de CBZ en de Maatschappijfondsen was wel groter geworden. Van Lienden had met J.W. Buijze en C. Stolk, directeuren van de Federatie van Vereenigingen van Ziekenhuisverpleging, in oktober 1939 de Centrale Raad van Ziekenfondsen en Ziekenhuisverplegingsverenigingen gevormd.<sup>27</sup> Het belangrijkste doel van deze Raad was samen te werken bij de herverzekering van de ziekenhuisverpleging. Stolk en Buijze vatten in augustus 1941 tegen de zin van de NMG-fondsen het plan op met het oog op het aangekondigde Ziekenfondsenbesluit hun plaatselijke

ziekenhuisverplegingsverenigingen in ziekenfondsen om te zetten.<sup>28</sup> Uiteindelijk hadden deze acties niet zoveel om het lijf, maar ze leidden wel tot confrontaties van de Maatschappijfondsen met de Duitsers en de NSB.

*De Stichting Vereenigde Maatschappijfondsen; een korte flikkering met gevolgen*

De besturen van de Maatschappijfondsen hadden een broertje dood aan deze verenigingen, die hun eigen verenigingen beconcurrerden en meestal commercieel werkten. Stolk en Buijze hadden gedreigd dat zij bij het mislukken van hun initiatief hun verzekerden zouden onderbrengen bij het ANOZ van de CBZ.

In de ogen van het bestuur van het Maatschappijfonds "Alphen en Omstreken" betekende dit versterking van de onderlinge fondsen ten koste van de Maatschappijfondsen en een verdergaande versnippering van het ziekenfondswezen over de ruggen van de verzekerden. Het Dagelijks bestuur van "Alphen en Omstreken", de arts F.C. Nieuwenhuyzen, de verzekerde J.F. Allart, de apotheker Bartels en de administrateur Vos kregen steun van het bestuur van het Utrechtse VHZ, het fonds uit Amersfoort en andere Maatschappijfondsen. Zij besloten op 10 oktober 1941 tijdens een vergadering op het kantoor van VHZ om gezamenlijk op te treden tegen de Stolk-Buijze-actie en elkaar te steunen bij de invoering van het Ziekenfondsenbesluit op 1 november 1941.<sup>29</sup> 65 van de 79 Maatschappijfondsen wilden meedoen.<sup>30</sup>

Stolk, Buijze en het Ziekenfondsenbesluit waren niet de enige aanleiding voor de samenwerking van de Maatschappijfondsen. Het Hoofdbestuur van de NMG had naar de zin van de leden in het voorjaar van 1941 te veel concessies gedaan aan de Duitsers, vooral bij anti-joodse maatregelen.<sup>31</sup> De druppel die voor de leden de emmer deed overlopen, was de weifelende houding van het HB over de aankondiging van ingrijpende maatregelen voor de Nederlandse artsen en apothekers zoals de inrichting van de Nederlandse Artsenkamer. Sinds juni 1941 zegden steeds meer artsen uit protest hun lidmaatschap van de NMG op, aangezet door onderlinge correspondentie en vlugschriften.<sup>32</sup> In augustus werd de ondergrondse artsenorganisatie Medisch Contact opgezet en het oude NMG-Hoofdbestuur trad op 27 september af. Het Medisch Contact steunde de actie van Nieuwenhuyzen, Bartels en De Vos.<sup>33</sup>

Eggink, nog steeds secretaris-penningmeester van de HC, was betrokken bij de voorbereidingen voor de Artsenkamer en de oprichting van de Nederlandse Vereeniging van Ziekenfondsartsen, de NVVZA, feitelijk NSB-organisaties.<sup>34</sup> Hij had in het verleden iedere poging tot samenwerking van de Maatschappijfondsen, zoals in 1936, succesvol weten te verhinderen en probeerde dit nu weer.<sup>35</sup> Van de Bunt uit Amersfoort en Nieuwenhuyzen wisten echter met Wefers Bettink van VHZ in overleg met hun administrateurs en met de steun van Van den Berg de Duitse autoriteiten voor hun zaak te winnen.<sup>36</sup> De Obermedizinalrat G. Reuter van volksgezondheid, verantwoordelijk voor de Artsenkamer en de NVVZA, en het vernieuwde Maatschappijbestuur stonden achter hun actie.<sup>37</sup> Op 28 oktober 1941 werd de Stichting "Vereenigde Maatschappij Ziekenfondsen (V.M.Z.)" opgericht en 67 Maatschappijfondsen sloten zich bij de V.M.Z. aan.<sup>38</sup>

Het Medisch Contact moest in december 1941 de Artsenkamer en de NVVZA accepteren omdat de artsen zonder inschrijving of lidmaatschap geen praktijk konden uitoefenen.<sup>39</sup> Het adviseerde wel de Huisartsen Commissie en de Specialisten Commissie van Eggink en de zijnen te boycotten, onder meer wegens hun tegenwerking bij de oprichting van de Stichting V.M.Z.

De nieuwe organisatie was ondanks deze steun een kort leven beschoren. Eggink en Diehl, de secretaris-penningmeester van de SC, bleven volharden in hun pogingen de leiding te krijgen over de Nederlandse artsen. Op 19 december 1941 werd de NMG op grond van de Nederlandse Artsenverordening ontbonden en gingen haar rechten en plichten over op de NVVZA.<sup>40</sup> De Maatschappijfondsen werden als eigendom van de NVVZA beschouwd en de collectieve contracten van de Maatschappijfondsen, die onder verantwoordelijkheid van de NMG waren getekend, werden door de vereniging overgenomen. Van den Berg kreeg in januari 1942 wel van C.C.A. Croin, de president van de Artsenkamer, de toezegging dat de Maatschappijfondsen hun bezittingen konden behouden en dat de Stichting V.M.Z. met rust gelaten zou worden.<sup>41</sup> De secretarissen van de NMG, waaronder Eggink en Diehl, mochten onder leiding van Croin hun functies blijven bekleden.<sup>42</sup> Toen Eggink wist dat zijn positie zeker was, ging hij tegen de Stichting V.M.Z. in het offensief.

Hij vocht de Stichting juridisch en medisch aan en overtuigde Croin ervan dat de samenwerking van de fondsen geen zin had.<sup>43</sup> Zij konden beter worden samengevoegd, want de Maatschappijfondsen zouden volgens hem na erkenning volgens het Ziekenfondsenbesluit gelijkgeschakeld worden en hun identiteit als artsenfondsen verliezen. Concentratie van het ziekenfondswezen zou daardoor worden vergemakkelijkt. Eggink had nu wel succes. Croin liet de Stichting op grond van de Artsenverordening

op 23 januari 1942 opheffen.<sup>44</sup> De Stichting V.M.Z. had opgehouden te bestaan, maar zou na de oorlog weer in leven worden geroepen als Federatie V.M.Z. Voorlopig hadden de Duitsgezinde Eggink, Diehl en Croin de sterkste troeven in het ziekenfondsspel en de Maatschappijziekenfondsen kregen geen mogelijkheid meer gezamenlijk actie te ondernemen tegen Duitse of NSB-maatregelen.

De NVVZA wilde een eventuele actie van het Medisch Contact tegen de maatregel voorkomen. Het MC dacht erover bij de verzekerden aan te dringen op het opzeggen van het Maatschappijfondslidmaatschap, hetgeen tot een leegloop van deze fondsen naar de CBZ-fondsen zou leiden. Secretaris-generaal Verweij vaardigde daarom op 14 april 1942 de Stopcirculaire uit.<sup>45</sup> Volgens deze maatregel mochten verzekerden binnen een werkgebied niet van ziekenfonds veranderen, behoudens verhuizing. De Stopcirculaire voorkwam niet alleen het leegstromen van de Maatschappijfondsen, maar beëindigde alle concurrentie tussen ziekenfondsen in hetzelfde werkgebied door de verhoudingen tussen de fondsen onderling te bevriezen tot aan de opheffing van de maatregel in 1947.

De artsen hadden geen mogelijkheden tegen de maatregelen te protesteren. Het Medisch Contact dacht er eerst over om een ziekenfondsactie te beginnen en beschouwde de opheffing van de Stichting als een politieke maatregel.<sup>46</sup> Als de ziekenfondsen ondergeschikt gemaakt zouden worden aan de Artsenkamer, dan waren de artsen voor hun ziekenfondshonoraria met handen en voeten aan de NSB-organisatie van Eggink en Croin gebonden.<sup>47</sup> Toch kon het MC niet anders besluiten dan dat de Nederlandse artsen de ziekenfondsen niet zouden gebruiken voor de *politieke strijd tegen de NSB*.<sup>48</sup> Een artsenstaking was niet mogelijk, want de verzekerden mochten niet het slachtoffer worden en een ziekenfondsboycot was uitgesloten, omdat de NSB dan het verfoeide Duitse Krankenkassensysteem zou proberen in te voeren. De consequenties daarvan waren artsen in loondienst en lage honoraria. Veel artsen bleken bovendien niet mee te willen werken, vooral in de grote steden.<sup>49</sup> Het Medisch Contact adviseerde af te wachten of nieuwe honorariumregelingen bevredigend zouden zijn en niet te veel tegen het fatsoen zouden indruisen.

Het gevolg van dit advies was inderdaad dat de artsen de ziekenfondsen niet bij hun verzetsacties gebruikten. Het was eigenlijk het verstandigste. In de praktijk bleek dat aan de bestaande honorariumregelingen niet werd getornd. Het zou ook onmenselijk geweest zijn in de bezettingstijd een honorariumstrijd uit te vechten over de ruggen van de Nederlandse ziekenfondsverzekerden. Bovendien hadden de fondsen al hun handen vol aan de invoering van het Ziekenfondsenbesluit.

#### *Het Ziekenfondsenbesluit; een draconisch einde van een slepende strijd*

Het Ziekenfondsenbesluit werd op 16 augustus 1941 afgekondigd en ging op 1 november in. Het uiteindelijke Ziekenfondsenbesluit was een ontwerp van R. Jakob, Präsident van de Geschäftsgruppe Soziale Verwaltung. Deze Gruppe was een werkgroep die zich bezighield met sociale zaken zoals de verzekeringswetgeving. Het ziekenfondswezen was daar onderdeel van. Jakob nam daarvan het verzekeringstechnische deel voor zijn rekening. Obermedizinalrat Reuter, zijn collega van volksgezondheid, zorgde voor de contacten met de artsen, zoals in de kwestie van de Maatschappijfondsen.

De regeling van de ziekenfondsverzekering was voor de Duitse autoriteiten om economische, politieke en propagandistische redenen interessant.<sup>50</sup> De concurrentie tussen het Nederlandse en het Duitse bedrijfsleven moest gelijkwaardig worden. Dit kon onder meer door de Nederlandse werkgevers te laten bijdragen in een ziektekostenverzekering. Het politieke motief betrof de relatie met de artsen en de versterking van de vakbonden. Croin en Reuter zouden de artsen beter onder druk kunnen zetten door hen aan een verplichte ziekenfondsverzekering te binden. De Duitse vakbondsautoriteiten wilden de ziekenfondsen onder vakbondsinvloed brengen om de Nederlandse werknemers- en werkgeversorganisaties gelijk te kunnen schakelen.<sup>51</sup> Het NVV was in het voorjaar van 1941 door de NSB'er H. Woudenberg overgenomen en deze wilde het Ziekenfondsenbesluit gebruiken als propaganda om het NVV ten koste van het RKWV en het CNV te versterken. Duitsers én NSB hoopten dat de ziekenfondsregeling hun regime wat populairder zou maken, een motief dat ook bij de invoering van de kinderbijslag een rol speelde.

Jakob had de bedoeling het Nederlandse ziekengeld- en ziekenfondssysteem gelijk te schakelen met het Duitse stelsel, maar daarbij probeerde hij rekening te houden met de Nederlandse opvattingen.<sup>52</sup> Hij verklaarde in oktober 1940 niet te willen uitgaan van het wetsontwerp-Van den Tempel, dat vlak voor de oorlog aan de Tweede Kamer was aangeboden. Dit ontwerp, afkomstig van Van den Berg, ging uit van een vrijwillige verzekering. Jakob wilde een verplichte verzekering, gekoppeld aan de Ziektewet. Deze moest verder gaan dan de Ziektewet, die alleen als garantie voor een uitkering een

medische verzorging vroeg. De Duitser ging uit van een verplichte verzekering, waarbij de werkgever als in Duitsland de helft van de premie betaalde.<sup>53</sup>

Jakob vond dat de Nederlandse ambtenaren niet hard genoeg werkten en kwam zelf met een ontwerp, dat noch voor de Nederlanders, noch voor de Duitsers zelf aanvaardbaar was. Hij stelde begin 1941 een verplichte staatsziektekostenverzekering met een aanvullende verzekering voor, die door de fondsen kon worden verzorgd. Voor Van den Berg en diens collega Verweij was dit staatsrechtelijk verkeerd en de ziekenfondsen, artsen, apothekers en tandartsen zouden hun medewerking weigeren.<sup>54</sup>

Ook van Duitse zijde kwam protest tegen de plannen van Jakob. Diens collega G. Ady, verantwoordelijk voor de particuliere ziektekostenverzekering, zag zijn werkterrein verdwijnen en protesteerde bij Seyss-Inquart. Na enige druk trok Jakob zijn ontwerp in. Toch bleef hij onverdroten doorgaan met ontwerpvoorstellen en uiteindelijk kwam hij met een veel gematigder plan voor een raamontwerp dat in de smaak viel bij de Reichsgesundheitsführer Conti en de topman Pohl van de Duitse vakbond.<sup>55</sup> Zij overlegden met Seyss-Inquart en Jakob kreeg toestemming dit raamontwerp verder uit te werken. Op 8 mei presenteerde hij zijn boreling, die nu wel door zijn superieuren en collega's werd goedgekeurd en de wereld inging als het Ziekenfondsenbesluit.

De acceptatie van het besluit door de Nederlandse betrokken partijen was wisselend. Van den Berg was al in april van het laatste ontwerp-Jakob op de hoogte en had verklaard dat het in grote lijnen overeenstemde met de landelijke wensen.<sup>56</sup> Hij verzocht wel de ingangsdatum op 1 januari 1942 te stellen, maar dit toch werd 1 november 1941. Hij vond deze termijn voor de ziekenfondsen te kort, maar de Duitsers hielden om propagandaredenen voet bij stuk. De NMG was voor de Duitsers en Duitsgezinde artsen bij de invoering van weinig nut. Croin en Reuter probeerden op 24 augustus de steun van het Hoofdbestuur te krijgen, maar dit bleek weinig zin te hebben. De artsen zegden massaal hun lidmaatschap op en het Medisch Contact werd snel sterker. Toch verzette het MC zich niet tegen het Ziekenfondsenbesluit door te verklaren geen ziekenfondsactie te beginnen. De NMP had tegen het Besluit geen bezwaar als de rechtspositie van de apothekers maar geregeld werd.<sup>57</sup>

De CBZ aanvaardde het Ziekenfondsenbesluit gladjes. Zij juichte het einde van de strijd tegen de onderling beheerde fondsen toe. De Bond merkte zelfs nog op dat de in het Besluit opgelegde landelijke vrije artsenkeuze al door de CCZ ingevoerd had kunnen zijn, maar door tegenstand vanuit de Maatschappij getorpedeerd was!<sup>58</sup> De CBZ werkte nauw samen met Van de Berg, want zij zag een goede kans haar fondsen te versterken, met name het ANOZ. De besturen van de Maatschappijfondsen bleven van mening dat de bestaande ziekenfondsstructuur voldoende was. Zij zagen zich echter gedwongen het Besluit te accepteren en er het beste van te maken, onder meer door samenwerking in de Stichting V.M.Z. en door de praktische uitwerking te versnellen.<sup>59</sup>

Het Ziekenfondsenbesluit werd dus door alle betrokken partijen geaccepteerd. Het zorgde voor de overheidsregulering van het ziekenfondsbestel op het landelijk niveau en maakte een einde aan de verlammeende patstelling tussen de overheid, de artsen, de ziekenfondsorganisaties en de vakbonden, die de landelijke uitbouw van de gezondheidszorg en de ziekenfondsverzekering vele jaren had belemmerd.

Het Besluit was een dwangmaatregel, waarvan de aanvaarding verschillend is geïnterpreteerd. In 1946 publiceerde Van den Berg een door hem zelf ingekleurd overzicht van de totstandkoming van het Besluit en liet het voorkomen, alsof het een ontwerp van Nederlandse ambtenaren was.<sup>60</sup> Deze versie is lange tijd geaccepteerd en pas in 1989 bijgesteld.<sup>61</sup> De motieven van Van den Berg zijn nu niet belangrijk. Zijn visie vergemakkelijkte in ieder geval dat na de bezetting het Ziekenfondsenbesluit door de partijen en de overheid blijvend werd aanvaard.<sup>62</sup> Het Besluit werd op 1 januari 1966 zonder ingrijpende wijzigingen omgezet in de Ziekenfondswet.

#### *Het Ziekenfondsenbesluit: de principes*

Het Ziekenfondsenbesluit was een besluit en geen wet, goedgekeurd door het parlement. Het werd afgekondigd als besluit van de Secretaris-Generaal van het Departement van Sociale Zaken betreffende het Ziekenfondswezen en kon daarom zonder plichtplegingen worden ingevoerd.<sup>63</sup> Een verplichte staatsziektekostenverzekering had als decreet door de Führer moeten worden ondertekend en zou te veel tijd hebben gekost. Het was een raambesluit en gaf de principes van de ziekenfondsverzekering aan. De uitwerking gebeurde door middel van Uitvoeringsbesluiten. De uitgangspunten van de ziekenfondsverzekering waren:<sup>64</sup>

- het recht van alle werknemers, die verzekerd waren ingevolge de Ziektewet, op geneeskundige verzorging voor zichzelf en hun gezinsleden via de verplichte ziekenfondsverzekering.<sup>65</sup> Ambtenaren vielen niet onder de Ziektewet en bleven dus buiten de verplichte verzekering;

- het door de overheid uitoefenen van toezicht op het beleid en het financiële beheer van de ziekenfondsen. De Directeur-Generaal der Volksgezondheid werd als Commissaris belast met het toezicht op de ziekenfondsen. In januari 1949 werd hij met zijn bureau vervangen door de Ziekenfondsraad. De Commissaris werd tot 31 december 1941 bijgestaan door een Raad van Bijstand.<sup>66</sup>

De ziekenfondsverzekering en de Ziektewet waren eindelijk gekoppeld sinds Talma in 1910 zijn eerste wetsontwerpen op tafel had gelegd. Deze cirkel van de sociale wetgeving was na 31 jaar eindelijk rond. De koppeling was alleen omgedraaid. Talma ging uit van recht op een ziekte-uitkering aan de hand van een ziekenfondslidmaatschap, Jakob verbond het recht op een ziekenfondsverzekering aan de Ziektewet. De ziekenfondsen waren verplicht Ziektewetverzekerden te accepteren op grond van een verklaring, *dat de aanmelder werkzaam is in een krachtens de Ziektewet verzekeringsplichtig bedrijf*.<sup>67</sup>

De werkgeversverklaring was geboren!

Naast de verplichte verzekering, gekoppeld aan de Ziektewet, kon ieder *wiens inkomen niet de bij de statuten van het ziekenfonds of [...] vastgestelde inkomensgrens te boven gaat* het sluiten van een verzekering bij een door de Minister van Sociale Zaken erkend ziekenfonds vorderen.<sup>68</sup> Deze bepaling vormde de rechtsgrond voor de vrijwillige verzekering. Op 1 januari 1941 telden de ziekenfondsen 4.273.433 verzekerden. 1 januari 1942 waren 2.021.631 vrijwillig verzekerden en 3.324.903 verplicht verzekerden ingeschreven, een stijging van 25,11%.<sup>69</sup>

Het oude begrip welstandsgrens verdween door de invoering van de term inkomensgrens naar de achtergrond. Deze grens werd op 1 november 1941 voorlopig en niet-bindend op f 3.750 gesteld en in een later Uitvoeringsbesluit dwingend voorgeschreven.<sup>70</sup> Het duurde lang voor landelijk een uniforme inkomensgrens voor de vrijwillige verzekering was vastgesteld. In 1947 werd deze op het peil van de loongrens van de verplichte verzekering gebracht.<sup>71</sup> Mensen met een inkomen boven de loongrens moesten zich particulier verzekeren.

De verzekerde was in principe vrij in de keuze van het ziekenfonds. Toch waren er enkele beperkingen om de ziekenfondsen tegen deze vrijheid te beschermen. Fondsen mochten verzekerden, woonachtig buiten hun werkgebied weigeren, gezondheidsverklaringen eisen en eerder geroyeerde verzekerden weigeren.<sup>72</sup>

Het onderscheid vrijwillig-verplicht verzekerden was door de koppeling met de uitkering van ziekengeld soms moeilijk. Een verandering van de loongrens in de Ziektewet had grote gevolgen voor de grootte van de verplichte verzekering. Categorieën werknemers met inkomsten uit loondienst die niet onder de Ziektewet vielen, zoals ambtenaren, zeelieden en spoorwegpersoneel, stonden buiten de verplichte verzekering, evenals gepensioneerden en kleine zelfstandigen. Deze problemen zouden gedeeltelijk worden opgelost door de verplichte verzekering uit te breiden met bevolkingsgroepen, die niet onder de Ziektewet vielen, of door aparte verzekeringsvormen te creëren zoals de publiekrechtelijke verzekering. Soms werden groepen uit de verplichte verzekering verwijderd. Deze manier wordt nog steeds gebruikt. Het vaststellen van de kring van verzekerden was door de vage manier van definiëren een vak apart.

#### *Het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten; de verstrekkingen*

De verplicht verzekerde kreeg recht op een vrijwel volledig, in de Uitvoeringsbesluiten beschreven landelijk uniform pakket verstrekkingen in natura.<sup>73</sup> De fondsen waren nog wel vrij in de verstrekkingen van de vrijwillige verzekering. Bij de verplichte verzekering verdwenen de verschillen uit het verleden, de meeste fondsen waren gedwongen hun verstrekkingen aanzienlijk uit te breiden. Het standaardpakket bestond uit de gebruikelijke huisartsen- en specialistische hulp, genees- en verbandmiddelen en tandheelkundige hulp, uitgebreid met ziekenhuis- en sanatoriumverpleging<sup>74</sup>, verloskundige hulp en kunst- en hulpmiddelen.

Van groot belang was de verstrekking van uitwendige geneeswijzen, ofwel *physische therapie met inbegrip van bestraling*.<sup>75</sup> Tot 1941 werden deze onregelmatig en zeer beperkt vergoed. De opname van fysiotherapie in het Ziekenfondsenbesluit betekende voor de verzekerden een grote verbetering voor hun gezondheidszorg en voor de heilgymnast-masseur eindelijk erkenning van zijn beroep. In 1938 waren diens werkzaamheden in een wettelijke regeling als niet-geneeskundige handelingen toegelaten, maar door het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten werd dit beroep in 1942 voor de ziekenfondsverzekering erkend.<sup>76</sup>

Het stelsel van collectieve contracten van de medische beroepsgroepen met de ziekenfondsen, zoals dit zich tot november 1941 had ontwikkeld, bleef gehandhaafd. Bestaande contracten bleven *tot een nader door den Commissaris te bepalen tijdstip* van kracht.<sup>77</sup> De plaatselijke contracten van huisartsen, specialisten en apothekers bleven daardoor tot na de bevrijding ongewijzigd van kracht. Dit was

vooral voor de specialisten nadelig. Door de landelijke regeling van de specialistische hulp kregen zij eindelijk hun felbegeerde landelijke erkenning, maar ook veel meer werk, terwijl hun honorarium door de methodiek van de specialistenpot nauwelijks steeg.

De ziekenfondsen moesten door de uitbreidingen van het verstrekkingenpakket met tandartsen, vroedvrouwen, heilgymnasten en ziekenhuisverpleging veel nieuwe overeenkomsten afsluiten. Dit kwam maar langzaam op gang. De Commissaris ging ervan uit dat fondsen zelf hun overeenkomsten met individuele zorgverleners afsloten, maar sommige koepelorganisaties probeerden toch tot landelijke overeenstemming te komen.<sup>78</sup> Vanaf 1943 spanden de NMT, de organisaties voor vroedvrouwen en het Nederlandsch Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage en de Vakgroep Opticiens zich in voor landelijk uniforme tarieven, maar deze pogingen hadden pas na de bevrijding succes.<sup>79</sup>

De ziekenfondsen sloten vanaf 1943 plaatselijk overeenkomsten met ziekenhuizen. Het was volgens het Tweede Uitvoeringsbesluit de bedoeling dat de 42 ligdagen van de ziekenhuisverpleging zouden worden herverzekerd, maar dat mislukte. Verplicht verzekerden kregen hun ziekenhuisverpleging van hun ziekenfonds vergoed en zegden vaak hun lidmaatschap van hun ziekenhuisverplegingsvereniging op.<sup>80</sup> De verenigingen waren vaak te klein, hadden geen financieel draagvlak, een te gebrekkige administratie en geen medische controle. De herverzekering werd uiteindelijk overgenomen door de gemeentes, de ziekenfondsen zelf en door ziekenhuisverplegingsverenigingen, die geassocieerd waren met ziekenfondsen.

Door het Ziekenfondsenbesluit werd de oude structuur ziekenfondsen-artsen-apothekers doorbroken en vernieuwd met nieuwe groepen zorgaanbieders, die ieder hun door de overheid gegarandeerd aandeel in de gezondheidszorg voor de ziekenfondsverzekerden eisten. Polarisatie tussen de NMG en de ziekenfondsorganisaties was nog steeds mogelijk, maar zou het ziekenfondsbestel nooit meer kunnen verlammen als in de dertiger jaren. De inrichting van het ziekenfondswezen werd in het vervolg door de overheid vastgesteld en zou geen strijdpunt meer kunnen zijn tussen de partijen onderling. De ziekenfondsen hadden te maken met een veel grotere groep zorgaanbieders. De NMG speelde in de cruciale beginjaren van de ontwikkeling van het Ziekenfondsenbesluit geen rol. Ze was immers opgeheven. De nieuwe belangengroepen maakten zich in tegenstelling tot de NMG niet druk over bestuurszetels, eigen fondsen en politieke invloed.

Het Derde Uitvoeringsbesluit schreef de vrije keuze van arts, apotheker en tandarts voor. Deze moest voor alle fondsen, ook die met eigen instellingen, op 1 juli 1942 worden doorgevoerd. De Artsenkamer en de NVVZA hoopten dat hiermee hun invloed op de artsen met een ziekenfondspraktijk zou kunnen worden versterkt, doordat zij als rechtsopvolgers van de NMG contracten konden afsluiten. Dit mislukte doordat de bestaande overeenkomsten van kracht bleven.<sup>81</sup> Deze vrije artsenuitkeuze sloot maar gedeeltelijk aan bij de oude ziekenfondstradities. De ziekenfondsen kregen de contracteerplicht opgelegd, een maatregel die tot de opheffing in 1994 de onderhandelingsvrijheid van de fondsen en hun koepelorganisaties beperkte. Tot 1941 werd in de contracten met de NMG nog altijd de uit 1912 stammende term *te goeder naam en faam* als kwaliteitsnorm opgenomen, waardoor ziekenfondsen zich in theorie van slecht functionerende artsen konden ontdoen. Deze mogelijkheid was met het Ziekenfondsenbesluit uitgesloten.

Het Ziekenfondsenbesluit is vaak veroordeeld als gebrekkig, te haastig opgezet, verfoeid als een Duitse maatregel en indruisend tegen alle Nederlandse tradities. Deze visie is gezien de tijdsomstandigheden en de toenmalige persoonlijke verhoudingen begrijpelijk. Toch moet dit worden genuanceerd. Het Ziekenfondsenbesluit bracht de vurig gewenste regeling van de ziekenfondsverzekering voor het grootste deel van de Nederlandse bevolking en zorgde voor een wettelijk omschreven verstrekkingenpakket.

Het was echter een beperkt verzekeringstechnisch raambesluit met een politieke achtergrond: de ziekenfondsverzekering voor de loontrekkenden. Het bepaalde de kring der verzekerden, welke instellingen zich ziekenfonds mochten noemen, welke voorzieningen werden verzekerd en het stelde vast dat er premie moest worden geheven, maar meer niet. Het financieringsstelsel, methoden voor kostenregulering, de relaties van de fondsen met de zorgaanbieders en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg en de organisatie van de vrijwillige verzekering werden niet geregeld. Deze zouden door de ziekenfondsen, de Commissaris en zijn ambtenaren en de zorgaanbieders zelf moeten worden opgezet en worden vastgelegd in de Uitvoeringsbesluiten.

#### *Het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten; de invoering bij de ziekenfondsen*

De Commissaris en de ziekenfondsen hadden van augustus tot september de tijd om zich op de invoering van de verplichte verzekering voor te bereiden. De overheid moest voor het bureau van de

Commissaris, belast met het toezicht op de ziekenfondsen een ambtenarenapparaat met ondersteunende diensten uit de grond stampen. Van den Berg werd op 22 augustus 1941 benoemd tot Commissaris en het lukte hem een functionerende organisatie in te richten, ondanks gebrek aan middelen en ervaring. Hij werd geaccepteerd door de ziekenfondsen en werkte tijdens het korte bestaan van de Raad van Bijstand met de belangrijkste vertegenwoordigers van de ziekenfondswereld samen.

Van den Berg werd echter op 24 maart 1942 al ontslagen. Hij was niet bepaald Duitsgezind en had Croin, Eggink en Diehl tegen zich in het harnas gejaagd door eind 1941 de Maatschappijfondsen tegen hen te beschermen. Uiteindelijk was hun invloed bij de Duitsers groter dan de zijne.<sup>82</sup> L.P. van der Does, voorzitter van een van de Raden van Arbeid, volgde hem in augustus op. Van der Does was een man met onverwachte kwaliteiten. Hij wist op goede voet te blijven met het Duitse regime, maar onderhield ook een relatie met het Medisch Contact.

De invoering van het Ziekenfondsenbesluit betekende voor de ziekenfondsen het aanvragen van erkenning, de totale reorganisatie van de ledenadministratie met een scheiding in vrijwillig en verplicht verzekerden en de inrichting van een nieuw financieringsstelsel, liefst in drie maanden tijd.

Het regelen van de erkenning was zowel voor het bureau van de Commissaris als voor de ziekenfondsen al een gigantisch probleem. De voorlichting aan de ziekenfondsen was gebrekkig. Zij verkeerden in onzekerheid over de invoer van het besluit en over de toewijzing van de erkenning ofwel hun bestaansrecht na 1 november 1941. Het bureau zelf was onderbemand en de beambten waren onervaren. Ondanks alles lukte het toch om in 1942 204 ziekenfondsen het predikaat voorlopig erkend te geven: 77 Maatschappijfondsen, 61 onderlinge fondsen, 37 ondernemingsfondsen, 16 directiefondsen en 13 fondsen van onbestemde aard.<sup>83</sup> 43 aanvragen werden afgewezen. Over een definitieve erkenning zou later wel worden beslist. Dat kwam na de oorlog. Het aantal fondsen was sinds 1936 verminderd van 410 naar 204. De concentratie, begonnen met de vorming van de Maatschappijfondsen en de samenvoeging van onderlinge fondsen in het ANOZ, werd door het Ziekenfondsenbesluit versterkt.

De fondsen moesten bij de aanvraag voor de erkenning gegevens verstrekken over hun bestuur, hun financiële positie, hun statuten en over de rechten en plichten van de verzekerden. Van groot belang was de omschrijving van het werkgebied. In de tijd voor het Ziekenfondsenbesluit was ieder fonds volkomen vrij in de keuze van zijn territorium. Ieder ziekenfonds legde met de aanvraag het werkgebied voor langere tijd vast. Dit werd in april 1942 bevestigd door de Stopcirculaire.

Bij het beoordelen van de aanvraag werd gelet op de kwaliteit van de verstrekte gegevens. Besturen werden op hun verantwoordelijkheden gewezen. De Maatschappijfondsen uit de noordelijke provincies, die hun administratie bij CAVINED hadden ondergebracht, leverden de meeste problemen op. Verzekerden, medewerkers, bodes en leveranciers klaagden steen en been over deze fondsen. In 1943 bleken deze moeilijkheden nog niet opgelost.<sup>84</sup>

Alle fondsen, katholiek, NMG, onderling beheerd of anderszins, kregen de term Algemeen Ziekenfonds voor hun naam. De erkenning had grote gevolgen voor de status van de instellingen. Voor de erkenning was een fonds een particuliere organisatie die zelf in haar inkomsten moest voorzien, de bedrijfsvoering naar eigen inzicht kon inrichten en de relatie met verzekerden en zorgaanbieders volgens de gebruikelijke zeden en gewoontes onderhield. Met de erkenning en de titel Algemeen Ziekenfonds veranderden zij in publiekrechtelijke lichamen, belast met de uitvoering van de verplichte verzekering onder toezicht van de Commissaris en sinds 1949 onder de verantwoordelijkheid van de Ziekenfondsraad.<sup>85</sup>

De reorganisatie van de verzekerdenadministratie betekende voor de kleine fondsen zonder personeel vele extra uurtjes werken voor de secretaris en de andere bestuursleden, met of zonder hulp van vrijwilligers. Bij de grotere fondsen met een professionele administratie werkten de administrateur en zijn personeel maandenlang over. De administraties werden voorbereid op een stroom van nieuwe inschrijvingen. De vrijwillige en verplicht verzekerden moesten in de ledenbestanden worden gescheiden en hun persoonlijke gegevens worden gecontroleerd en met nieuwe werknemers- en werkgeversgegevens worden aangevuld. De boekhoudingen werden ingericht voor de financiële administratie van de vrijwillige verzekering en het nieuwe stelsel van de financiering van de verplichte verzekering.

De professionalisering van de administratie ging door het Ziekenfondsenbesluit een gedwongen stap vooruit. Het Staatstoezicht schreef nieuwe formulieren voor voor de aanlevering van gegevens voor de controle en de statistiek.<sup>86</sup> De kleinere fondsen konden niet meer toe met een enkelvoudig ledenregistertje en een schriftje als kasboek en de grotere fondsen moesten beginnen met

mechanisering. Tot dan was de hoogste vorm van automatisering vaak een afslagmachine voor adresplaatjes.

De ziekenfondsen kregen te kampen met personeelsgebrek. De bodes bleven in het nieuwe stelsel bestaan en versleten schoenzolen en potloden met het inschrijven van verzekerden. Zij beconcurrerden elkaar vaak, waarbij het Staatstoezicht ingreep. Veel fondsen zagen zich genoodzaakt tot vrouwelijk personeel.<sup>87</sup> Door bemiddeling van het Staatstoezicht kregen mannelijke krachten soms vrijstelling van de Arbeitseinsatz.

De centrale figuren bij de reorganisaties waren altijd de administrateur en de secretaris. De rol van de administrateur als professionele ziekenfondsmedewerker was steeds groter geworden, zowel voor de fondsbesturen als voor de administraties. In 1926 was hun belang voor de Maatschappijfondsen al erkend en bij de onderling beheerde fondsen was hij ook een centraal figuur geworden. De snelheid, waarmee de veranderingen konden worden doorgevoerd hing af van zijn bekwaamheden en de kwaliteit van de administratie van voor het Ziekenfondsenbesluit. De centrale rol van de administrateurs bleek bij de vaststelling van het financieringsstelsel van de verplichte verzekering.

#### *Het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten; de invoering van het incassosysteem*

De premie van de vrijwillige verzekering bleef nominaal en werd door de fondsen zelf vastgesteld en geïnd. De verplichte verzekeringspremie werd geheven naar draagkracht in percentages op het loon, maximaal 6%. Werknemers en werkgevers betaalden ieder de helft. Tot 1947 bleef de heffing 4%.<sup>88</sup>

De Duitsers, de ziekenfondsen en het Staatstoezicht verschilden van mening over de wijze van premie-inning. De Commissaris wilde het bodeapparaat van de fondsen intact houden, niet alleen voor de incasso van de vrijwillige verzekering, maar ook voor het contact met de verzekerden. De bodes of agenten zouden voorlichting kunnen geven, mutaties opnemen en formulieren invullen. Hun taak als controleur zou naar verwachting steeds groter worden, niet alleen voor de controle van verzekerden- en werkgevergegevens, maar ook voor de juistheid van de berekening van de abonnementshonoraria.<sup>89</sup>

Voor een juiste berekening moest van iedere medewerker per week het aantal op zijn naam ingeschreven verzekerden bekend zijn. De fondsen lieten liever hun bodes bij de verzekerden incasseren, maar de Duitsers en de Raad van Bijstand wilden de premies door de werkgever laten afdragen: de premieheffing bij de bron. De premies zouden dan moeten worden gestort in een Vereveningsfonds, beheerd door de Raden van Arbeid, waar de fondsen uitkeringen uit zouden krijgen naar verhouding van het aantal verzekerden.

Het belangrijkste probleem was de tijdsdruk. Tussen 1 augustus en 1 november moest een inningssysteem worden bedacht en uitgewerkt en moesten alle werkgevers van afdrachtmogelijkheden worden voorzien. De administrateur van een Haarlems ziekenfonds, A.H. Beenhakker, kwam op het idee van een couponstelsel en hij legde dit voor aan zijn collega W.M. de Vos van het Maatschappijziekenfonds Alphen en Omstreken.<sup>90</sup> Deze beschouwde dit als het ei van Columbus: voor de werkgevers weinig rompslomp, de bodes zouden blijven bestaan voor het contact met de verzekerden en de methode was simpel voor de administrateurs. Beenhakker en de Vos legden dit voor aan het Staatstoezicht en de Raad van Bijstand, die het couponstelsel verder uitwerkten. Het lukte om het systeem op tijd klaar te krijgen.

Het stelsel was gebaseerd op couponboekjes, die de werkgevers bij de Raden van Arbeid en op de postkantoren konden kopen. Zij gaven hun werknemers bij de loonbetaling een coupon. Deze diende als bewijs, dat zijn of haar deel van de ziekenfondspremie was afgehouden en gaf recht op de verplichte verzekering. De werkgever noteerde de gegevens van de coupon op het schutblad van het couponboekje. De controle op de afgifte van de bonnen gebeurde door de Raden van Arbeid aan de hand van de schutbladen van de boekjes, die de werkgevers weer inleverden. De werknemer gaf de coupon door aan de bode van het ziekenfonds.

De fondsen die beschikten over een goed agenten- of bodecorps en een goede administrateur lukte het op tijd een couponadministratie met controlefaciliteiten op te zetten. In de periode van 1 november 1941 tot 31 december 1942 werden 1.908.485 boekjes verkocht met een waarde van f 46.639.992. De ziekenfondsen kregen over deze periode f 52.596.358,19 uit het Vereveningsfonds uitgekeerd. Er was in 1942 nog geen manier gevonden om dit tekort op te lossen.<sup>91</sup>

Het couponstelsel was inderdaad het ei van Columbus voor de Duitsers en het Staatstoezicht, maar niet voor de fondsen en de werkgevers. De premie werd via de werkgevers geïnd en Raden van Arbeid kregen een centrale taak bij de administratie en het beheer van het Vereveningsfonds. De ziekenfondsen waren minder te spreken. De bodes van de ziekenfondsen behielden wel hun werk en de fondsen hadden overzicht over de premie-inning, maar hun administratie bleek overdreven ingewikkeld te worden. De werkgevers waren ook niet blij. Het couponstelsel betekende voor hen een

geweldige administratieve rompslomp en zij moesten door de aanschaf van de couponboekjes grote bedragen aan ziekenfondspremie voorschieten. Zij zouden het systeem tot de opheffing in 1959 blijven verfoeien.

De fondsen hadden met de invoering van het couponstelsel en de reorganisatie van het hun administraties het grootste werk voor het Ziekenfondsenbesluit achter de rug. De rust in het landelijk ziekenfondsbestel was daarmee nog niet hersteld.

#### *De bezettingstijd, 1942-1945*

De grootste problemen van de ziekenfondsen waren na de invoering van het Ziekenfondsenbesluit de concentratieplannen van Commissaris Van der Does, de pogingen van Eggink, Croin en Diehl om de Maatschappijfondsen te annexeren en de moeilijkheden van de fondsen met eigen instellingen als apotheken, tandartspraktijken en artsen in loondienst.

De verplichte invoering van de vrije medewerkerskeuze betekende voor deze fondsen dat zij deze eigen instellingen eigenlijk niet konden handhaven.<sup>92</sup> Zij konden kiezen uit opheffen, privatiseren of met hand en tand verdedigen. De Maatschappijfondsen hadden soms eigen tandheelkundige poliklinieken en kozen voor privatisering door deze onder te brengen in zelfstandige verenigingen of stichtingen. Fondsen als De Volharding en het Utrechtse Ziekenzorg hadden het heel wat moeilijker. De Volharding wist de eigen instellingen te redden door de strijd tot na de bevrijding te rekken.<sup>93</sup>

Ziekenzorg had de pech de aandacht te trekken van Van der Does. Deze had een ziekenfondsorganisatie voor ogen, bestaande uit regionale fondsen met een fonds per werkgebied onder een eenhoofdige directie. Deze fondsen zouden uiteindelijk moeten worden geïntegreerd met de Raden van Arbeid.<sup>94</sup> De Commissaris zette Ziekenzorg van maart tot juni 1943 onder druk door haar te dwingen de loondienstartsen te ontslaan, de apotheek op te heffen en de tandheelkundige polikliniek met die van de andere Utrechtse fondsen samen te voegen. Hij hoopte dat VHZ, het Maatschappijfonds de Omstreken van Utrecht en Ziekenzorg door deze samenwerking zouden fuseren.<sup>95</sup>

Croin en Eggink kregen lucht van deze plannen. Zij probeerden voortdurend de artsen tot aansluiting bij de Artsenkamer en de NVVZA te dwingen en deze instellingen te versterken. Iedere arts met een ziekenfondsovereenkomst was op grond van de Artsenverordening automatisch lid van de NVVZA, maar de meeste artsen wezen dit af.<sup>96</sup> Croin en Eggink probeerden daarom hun positie te versterken door beslag te leggen op de Maatschappijfondsen, de groep fondsen met het grootste aantal verzekerden en aangesloten artsen.<sup>97</sup> Zij wilden de dissidente artsen door middel van de Maatschappijfondsen dwingen tot het sluiten van nieuwe overeenkomsten. De NVVZA stelde dat zij na de opheffing van de NMG eigenares van de fondsen was geworden, maar dit eigendomsrecht werd door vrijwel alle fondsbesturen ontkend.<sup>98</sup>

Het gevolg was een conflict tussen de Artsenkamer, de NVVZA en het Staatstoezicht. Van der Does had voor zijn aanstelling van Duitse zijde de garantie gekregen, dat de Maatschappijfondsen verzelfstandigd zouden worden en niet werden overgedragen aan de NVVZA, tot ongenoegen van Croin.<sup>99</sup> Van der Does had op zijn beurt met het MC afgesproken dat hij zou proberen de fondsen te behoeden voor nationaal-socialistische invloeden en haalde zich de dubbele woede van Croin en Eggink op de hals door de bestaande ziekenfondscontracten door te laten lopen. Hun belangrijkste streven, nieuwe contracten onder leiding van de NVVZA, werd daardoor geblokkeerd. Het lukte hem inderdaad ervoor te zorgen dat de Maatschappijfondsen met rust gelaten werden.<sup>100</sup>

Croin wilde Van der Does een hak zetten en probeerde dit door diens plannen met Ziekenzorg, VHZ en de Omstreken van Utrecht voor zijn eigen zaak te gebruiken: een districtsfonds, bestaande uit alle Maatschappijfondsen in Midden-Nederland van Haarlem, Hilversum, Amersfoort, Wageningen tot Utrecht en Woerden.<sup>101</sup> De samenwerking van de fondsen in deze regio en de Utrechtse artsen verhinderden evenwel de initiatieven van Eggink, Croin en Van der Does. Deze samenwerking was noodgedwongen. Zij kwam voort uit een gemeenschappelijke weerzin tegen de Duitsgezinden en uit pogingen de zelfstandigheid te behouden. De onderlinge verhoudingen werden nooit hartelijk en de oude onderlinge geschillen bleven bestaan, maar de belangrijkste pogingen van Eggink en Croin om hun NVVZA te versterken waren verijdeld. De relatie artsen-ziekenfondsen had zich sinds de meidagen van 1940 weer tot een harmonieuze ontwikkeld.

De ziekenfondsen hadden van 1943 tot aan de bevrijding hun handen vol aan het draaiende houden van hun organisatie. Zij kregen net als het bedrijfsleven en de overheid te maken met razzia's, arrestaties, materiaal- en personeelsgebrek, maar hun bestaan werd niet meer bedreigd. Staatstoezicht en fondsen begonnen met horten en stoten aan elkaar te wennen. Zij kibbelden wel over bureaucratie, gebrek aan communicatie en wantrouwen, maar zij waren door het Ziekenfondsenbesluit tot elkaar

veroordeeld en werkten zo goed en zo kwaad als het ging samen. Van der Does probeerde de fondsen zo goed mogelijk te beschermen en kwam op niet meer op zijn concentratiedrang terug. De fondsen konden door de uitvoering van de ziekenfondsverzekering, vrijwillig en verplicht, hun bijdrage leveren aan de gezondheidszorg in de bezettingstijd.

*De bezetting, het Ziekenfondsenbesluit en de relatie artsen-fondsen; een evaluatie*

De relatie artsen-ziekenfondsen veranderde tijdens de bezetting op het landelijk niveau ingrijpend. De polarisatie, die tot mei 1940 de verhoudingen tussen de NMG en de onderling beheerde ziekenfondsen had beheerst, werd door de dreiging van een Duits ingrijpen doorbroken. De relatie tussen de in de NMG en het MC georganiseerde artsen en de fondsen, onderling beheerde en Maatschappijfondsen, kreeg onder invloed van samenwerking zoals in de Raad van Bijstand, bij de oprichting van de Stichting V.M.Z. en in het verzet tegen de concentratieplannen van Van der Does, Croin en Eggink langzaam een harmonieuzer karakter.

De definitieve overheidsregulering van het landelijk ziekenfondsbestel betekende een revolutie. Deze regeling, die in democratische tijden tot 1940 door het onverbrekelijke machtsevenwicht tussen de partijen onmogelijk leek, kon door de bijzondere tijdsomstandigheden als het Ziekenfondsenbesluit worden opgelegd. De fondsen en het Medisch Contact moesten het Besluit accepteren.

De ziekenfondsen ondergingen onder invloed van het Ziekenfondsenbesluit een totale omwenteling. Zij veranderden na hun erkenning in het kader van de verplichte verzekering van private instellingen in publiekrechtelijke organisaties als uitvoeringsorganen en behoorden sindsdien tot de organisaties van het maatschappelijk middenveld, het grijze gebied tussen overheid en particuliere markt. De fondsen moesten voor hun bestuurlijke inrichting, administratie en financieel beheer voldoen aan de richtlijnen en controles van de overheid en werden voor de verplichte verzekering financieel afhankelijk van de uitkeringen uit het Vereveningsfonds. De fondsadministraties werden groter en ingewikkelder, de personele bezetting en de professionalisatie groeiden.

Het stelsel met nominale weekpremies van voor 1 november 1941 bleef in beperkte mate bestaan in de vorm van de vrijwillige verzekering. De fondsen waren daarbij nog wel zelf verantwoordelijk voor de vaststelling en inning van de premie, hun financieel beheer en het verstrekkingenaanbod.

Doordat erkenningen geweigerd werden verminderde het aantal fondsen, een proces dat al eerder was ingezet. Het Staatstoezicht greep niet in in de samenstelling van de fondsbesturen en liet de ideologische achtergrond van de fondsen intact. De katholieke, onderling beheerde en Maatschappijfondsen behielden hun identiteit en profileerden zich na de bevrijding weer als verzuilde of niet-verzuilde ziekenfondsen, verenigd in hun koepelorganisaties. Het ziekenfondstapijt was na mei 1945 net zo kleurrijk als voor de oorlog.

Het verstrekkingenpakket werd niet meer in onderhandelingen met de koepelorganisaties van de zorgaanbieders vastgesteld, maar door de overheid voorgeschreven. De fondsen kregen contracteerplicht opgelegd. Het oude systeem van de plaatselijke contracten bleef tot nader order bestaan. De fondsen moesten overeenkomsten afsluiten met oude en nieuwe groepen zorgaanbieders. Hun vrijheid daarbij was door de verplichte goedkeuring door het Staatstoezicht beperkt.

Was het Ziekenfondsenbesluit een Duitse anomalie of een zegen? Het was in ieder geval geen Duits wangedrocht. Het was niet het door de artsen verfoeide Ortskrankenkassensysteem met lage honoreringen. Het was dan wel een ontwerp uit een Duitse koker, maar het sloot aan bij de Nederlandse verhoudingen en het liet als raambesluit voldoende mogelijkheden om door middel van Uitvoeringsbesluiten een werkbaar ziekenfondsstelsel in te richten. De Uitvoeringsbesluiten kwamen tot stand in overleg met de fondsen en de zorgaanbieders. Het Nederlandse ziekenfondscontractensysteem werd onder overheidstoezicht zelfs uitgebreid en versterkt. De kwaliteit van de ziekenfondsen verbeterde door het erkenneningsbeleid en de controle van het Staatstoezicht.

Het Ziekenfondsenbesluit was een verzekeringsbesluit, geen wetgeving voor de gezondheidszorg. Bestaande rechtsposities en honoraria bleven door handhaving van het contractstelsel in tact. De contracteerplicht garandeerde iedere zorgaanbieder aansluiting bij de ziekenfondsen. Nieuwe zorgaanbieders, met name de paramedische beroepen, werden eindelijk erkend en opgenomen in het contractstelsel. Dit betekende voor de meeste van hen eindelijk de gegarandeerde behandeling van de ziekenfondsverzekerden, vergroting van inkomsten, grotere mogelijkheden tot professionalisering en versterking van hun koepelorganisaties.

Voor de artsen was het effect van het Besluit wisselend. Huisartsen, aan de ziekenfondsen verbonden door een collectieve overeenkomst, behielden hun rechtspositie. Sommige van hun collegae, in loondienst bij onderling beheerde fondsen als Ziekenzorg, werden gedwongen hun verbintenis op te zeggen en eigen praktijken te beginnen. De specialisten kregen eindelijk landelijk erkenning voor hun

poliklinische en klinische zorg, maar of zij er in hun honoraria op vooruitgingen hing af van de plaatselijke tariefstelsels.

De verzekerden hadden alleen maar baat bij de verplichte verzekering. Zij kregen een uitgebreider gegarandeerd verzekeringspakket tegen een uniforme procentuele premie. Hun gezondheidszorg was wettelijk gegarandeerd en niet meer afhankelijk van een samenspel en eeuwig geruzie tussen ziekenfondsen, artsen en hun koepelorganisaties. De tijd was voorbij dat de ontwikkeling van de gezondheidszorg werd beperkt door machtsstrijd op de vrije markt.

De invoering van het Ziekenfondsenbesluit moest overhaast gebeuren. Het ging daardoor gebrekkig en er werden fouten gemaakt, maar het gebeurde door overleg van de Nederlandse ambtenaren, ziekenfondsen, de artsen en andere betrokkenen zo goed mogelijk. De Duitse bezetter doorbrak met het besluit de verlamming, die het de Nederlandse regeringen onmogelijk had gemaakt zelf de ziekenfondswetgeving te regelen. Dat was in ieder geval positief.

### 3.3 De verzekering van de gezondheidszorg en de relatie artsen-ziekenfondsen na 1945

De verzekering van de gezondheidszorg bleef na 1945 in verandering. De artsen en de fondsen hadden geen eindverantwoordelijkheid meer voor de ziekenfondsverzekering, de overheid drukte een steeds groter stempel op de relatie artsen-ziekenfondsen. De ziekenfondsverzekering, verdeeld in de verplichte, de vrijwillige en de bejaardenverzekering, werd voortdurend uitgebreid aan de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en aangepast aan de sociale en economische eisen die aan de verzekering werden gesteld. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg maakten ook de regeling van de verzekering van bijzondere ziektekosten door de overheid noodzakelijk. De financiering van de vrijwillige verzekering leverde door het overwicht van zware geneeskundige risico's steeds grotere problemen op, die door een combinatie van de ziekenfonds- en de particuliere ziektekostenverzekering werden opgelost.

#### *Ziekenfondsenbesluit, Ziekenfondswet en de relatie ziekenfondsen-zorgaanbieders*

Het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten vormden na mei 1945 het kader voor de ontwikkeling van de relatie ziekenfondsen-zorgaanbieders. Het Ziekenfondsenbesluit werd met alle uitvoerende maatregelen in 1966 door minister Veldkamp zonder ingrijpende wijzigingen in de Ziekenfondswet omgezet met de bedoeling om het Besluit te vervangen door een normale wettelijke regeling.<sup>102</sup> Tegelijk werd het ziekenfondsrecht gecodificeerd en verbeterd.

De Ziekenfondswet bracht geen grote veranderingen in de verhouding tussen de ziekenfondsen en de zorgaanbieders. Deze relatie is gegroeid tot een driehoeksverhouding overheid-ziekenfondsen-zorgaanbieders en bestaat uit drie elementen:

- de verzekering van de gezondheidszorg. Dit betreft de ontwikkeling van de ziekenfondsverzekering en de relatie met de particuliere ziektekostenverzekering, de werkzaamheid van de AWBZ, het financieringsstelsel met het premiebeleid, de geldstromen voor de uitkeringen, het uitvoeren van de verzekering en het toezicht op de uitvoering door de overheid;

- de vrijheid, die de ziekenfondsen en de zorgaanbieders door de overheid gegund wordt bij de beleidsvorming in de gezondheidszorg. Dit geldt de vrijheid van de fondsen om hun organisatie en hun bestuur naar eigen inzicht in te richten, te kiezen voor samenwerking onderling en in koepelorganisaties, de vrijheid om zich actief als verzekeringsorganisatie of zelf als zorgaanbiedende instelling op te stellen voorzover de richtlijnen van de overheid dit toelaten en de manier, waarop de ziekenfondsen en de zorgaanbieders invloed kunnen uitoefenen op de beheersing van de kosten van de zorg en reageren op de invoering van marktelementen in hun relatie;

- de relatie ziekenfondsen-zorgaanbieders op macro- en microniveau of individueel niveau. Deze wordt op macroniveau onderhouden door de koepelorganisaties van de ziekenfondsen en de zorgaanbieders voor het onderhandelen over tarieven en de modelovereenkomsten, het regelen van onderlinge geschillen en het bespreken van wederzijdse belangen in de gezondheidszorg.

Het microniveau wordt gevormd door de relatie tussen de ziekenfondsen en de zorgaanbieders in de werkgebieden van de ziekenfondsen, waarin de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg in de regio wordt besproken en uitgewerkt. Voorbeelden zijn de betaling van de honoraria, de erkenning van praktijken en de controle op de praktijkvoering, het opzetten en steunen van nieuwe initiatieven zoals wijkgezondheidscentra en het opzetten van instellingen door de ziekenfondsen zelf en het onderhandelen over aanvullende en nieuwe verzekeringen.

Deze relatie is individueel tussen de zorgaanbieder en het ziekenfonds, of collectief tussen het ziekenfonds en de zorgaanbieders in de regio als groep. De individuele relatie tussen iedere zorgverlener en het ziekenfonds is vastgelegd in de modelovereenkomst, de aangepaste versie van de oude lokale collectieve overeenkomst van voor het Ziekenfondsenbesluit.

De zelfstandigheid van de ziekenfondsen werd na de invoering van het Ziekenfondsenbesluit beperkt door hun nieuwe status van algemeen uitvoeringsorgaan. De mate van zelfstandigheid die zij behielden en behouden om zelf op macro- en microniveau deze relatie te onderhouden is afhankelijk van de vrijheid, die de overheid de fondsen als organisaties van het maatschappelijk middenveld toestaat. Zij hing en hangt ook af van de kracht, waarmee het management van de ziekenfondsen zelf en hun koepelorganisatie in de driehoek overheid-ziekenfondsen-zorgaanbieders de belangen van de fondsen en de verzekerden behartigen.

De koepelorganisaties van de zorgaanbieders komen op voor de belangen van hun leden. Hun belangrijkste zorgen zijn daarbij, net als in de tijd voor het Ziekenfondsenbesluit, de hoogte van de honoraria, vastgelegd in de tarieven en de regeling van de rechtspositie. De discussie over de vrije artsen- of apothekerskeuze was door de invoering van het Ziekenfondsenbesluit en de

contracteerplicht in 1941 voorlopig beëindigd. De contracteerplicht betekende voor de erkende zorgaanbieders de garantie van de ziekenfondspraktijk en voor de ziekenfondsen dat zij erkende zorgaanbieders als medewerkers moesten contracteren. De contracteerplicht bepaalde niet dat de overheid in de vorm van het Staatstoezicht en de Ziekenfondsraad de arbeidsvoorwaarden voor de medewerkers ook voorschreef. Zij moest de overeenkomsten wel goedkeuren, maar de onderhandelingen werden net als voor 1941 tussen de ziekenfondsen en de zorgaanbieders gevoerd, soms in harmonie en soms met strijd.

#### *De ziekenfondsverzekering; de ontwikkeling van het toezicht na 1945*

Het Ziekenfondsenbesluit werd na de bevrijding door het Militair Gezag gehandhaafd. Van der Does en Verweij kregen de wacht aangezegd en Van den Berg nam de taken van Van der Does over, eerst in het bevrijde Zuiden en na 5 mei 1945 in het hele land. Het Ziekenfondsenbesluit bleef bestaan, ook al werd het verfoeid als een Duitse vlek op de Nederlandse sociale wetgeving.<sup>103</sup> Het Besluit terugdraaien werd als een sociale misdaad beschouwd. De verplichte ziekenfondsverzekering was, net als de kinderbijslag, wel een Duitse maatregel, maar beiden hadden de economische weerbaarheid van de lagere inkomens vergroot. Het kabinet-Schermerhorn-Drees besliste dat het Besluit niet zou worden ingetrokken, voordat een ziekenfondswet tot stand gekomen zou zijn.

Het Besluit zou wel gezuiverd worden van Duitse elementen. De functie van Commissaris werd uitgelegd als het *Führerprinzip*, waardoor het Nederlandse ziekenfondswezen zou worden bestuurd door het *niet-Nederlandse leidersbeginsel*.<sup>104</sup> Het Staatstoezicht werd daarom op 1 januari 1949 vervangen door de Ziekenfondsraad. De Ziekenfondsraad bestond uit een voorzitter en 35 leden:<sup>105</sup>

- zeven ambtenaren, deskundig op de gebieden van de volksgezondheid, de sociale en de particuliere verzekeringen;
- negen vertegenwoordigers van de ziekenfondsen;
- zeven vertegenwoordigers uit het bedrijfsleven: drie vakbondsleden, drie werkgeversvertegenwoordigers en een afgevaardigde namens de Stichting van de Arbeid;
- twaalf vertegenwoordigers uit de kringen van de ziekenfondsmedewerkers en hun organisaties: vijf artsen, twee apothekers, twee tandartsen, twee vroedvrouwen en een ziekenhuisdeskundige.

De samenstelling van de Ziekenfondsraad is in de loop van de jaren aangepast en uitgebreid, zowel in de Ziekenfondswet als bij ministeriële beschikking.<sup>106</sup> De Ziekenfondsraad was door deze gemengde samenstelling een corporatief lichaam, net als de in 1950 geformeerde Sociaal-Economische Raad. De raad was niet ingedeeld naar de diverse zuilen. Alle partijen, betrokken bij de ziekenfondsverzekering, waren in de raad vertegenwoordigd. De ziekenfondsen waren in 1949 aanwezig door vertegenwoordigingen van hun koepelorganisaties met coryfeeën als de Amersfoorter J. van de Bunt als prominent van de Federatie V.M.Z.<sup>107</sup>, de Tilburgse voorman van het katholieke fondswezen J.P.M. Hendriks en de CBZ-voorman Van Lienden. De vakbonden werden vertegenwoordigd door de RKWV'er J. Veldman, tevens secretaris van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen, en J. Landman.

De adviezen van de Ziekenfondsraad werden door deze samenstelling als afspiegeling van de meningen uit het maatschappelijk veld beschouwd. De Ziekenfondsraad fungeerde en fungeert als schakel tussen de ziekenfondsen als uitvoerende organisaties van het maatschappelijk middenveld en de regering en het parlement, die als overheid verantwoordelijk zijn voor besluitvorming en wetgeving.

De ziekenfondsen werden door hun vertegenwoordiging in de Raad en door middel van hun koepelorganisaties betrokken bij de ontwikkeling en de invoering van wetten, zoals bij de Wet tot uitbreiding van de toepassing van het Ziekenfondsenbesluit in 1950.<sup>108</sup> Het Ziekenfondsenbesluit was een eenzijdig door de Duitsers opgelegde oekaze. Alle latere ziekenfondswetgeving kwam tot stand na advisering door de Ziekenfondsraad, waar de belangrijkste partijen in vertegenwoordigd waren. Ziekenfondsen, ziekenfondsorganisaties, artsen- en apothekersorganisaties en vakbonden lobbyden voor de behartiging van hun eigen belangen dan ook nog buiten de Ziekenfondsraad om.

De Ziekenfondsraad moest de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid adviseren over alle ziekenfondsangelegenheden en nam van het Staatstoezicht de controle over de ziekenfondsen over. Hij nam het beheer over het Vereveningsfonds over van de Raden van Arbeid en werd verantwoordelijk voor het geldelijk en administratief beheer van de ziekenfondsen en voor de rechten en plichten van de verzekerden.<sup>109</sup> Het Vereveningsfonds werd later omgezet in de Algemene Kas. De vaststelling van de ziekenfondspremie en het erkennen van ziekenfondsen bleef voorbehouden aan de minister. De ziekenfondsen waren door hun vertegenwoordiging in de raad medeverantwoordelijk voor de controle van hun eigen administraties, maar dit vormde in de praktijk geen aanleiding tot

misbruik. De accountants van de Ziekenfondsraad met hun controles waren gevreesd en de fondsadministraties zetten over het algemeen hun beste beentje voor als zo'n man de deur binnen liep. De Ziekenfondsraad werd bekrachtigd door een wet. Met de wet op de Ziekenfondsraad werd de discussie uit de dertiger jaren over de instelling van een toezichthoudend orgaan voor het ziekenfondswezen afgesloten. Overheid, vakbondsorganisaties en ziekenfondskoepels waren het er voor 1941 over eens dat een ziekenfondsraad hard nodig was om enige orde te brengen in de strijd tussen artsen en fondsen en in het fondswezen zelf. Zij hoopten dat daardoor de invoering van een ziekenfondswet gemakkelijker zou zijn. Met de Raad uit 1949 was het omgekeerd. Het Ziekenfondsenbesluit had een Ziekenfondsraad nodig gemaakt die niet zou bemiddelen, maar juist dwingende bevoegdheden had. Het Staatstoezicht probeerde grotendeels improviserend het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten uit te werken en een landelijk ziekenfondsbestel te organiseren. De Ziekenfondsraad kreeg duidelijk omschreven plichten en bevoegdheden, die veel verder strekten dan de partijen voor 1940 voor ogen stonden.

De invoering van de Ziekenfondsraad was de laatste stap bij de invoering van het private uitvoeringsmodel in de verzekering van de gezondheidszorg.<sup>110</sup> De overheid bepaalt hierbij het beleid, de ziekenfondsen en de Ziekenfondsraad voeren dit uit. Dit was in tegenstelling tot de opvattingen in de dertiger jaren, waarbij werd uitgegaan van een overheid die meer op de achtergrond bleef voor sturing en controle. De fondsen en zorgaanbieders eisten toen een veel grotere zelfstandigheid bij de inrichting van de ziekenfondsverzekering dan zij uiteindelijk in 1941 kregen toebedeeld. De Ziekenfondsraad kreeg beperkte taken op het gebied van de gezondheidszorg, zoals het adviseren over het verstrekkingenpakket, het goedkeuren van de ziekenfondsovereenkomsten en het beheer over de Algemene Kas. Verzekering en zorg bleven voorlopig nog gescheiden werkgebieden, hoewel al in 1922 in het rapport van de Unificatiecommissie voor integratie was gepleit.

De scheiding tussen beleidsbepaling en uitvoering is niet absoluut. De mate waarin zij wordt doorgevoerd is afhankelijk van de invloed die de ziekenfondsen en zorgaanbieders op de politiek en de ambtelijke wereld kunnen uitoefenen, de maatschappelijke inzichten en de discussies in het parlement. De Raad veranderde daarom in de loop der tijd sterk, niet alleen in zijn samenstelling<sup>111</sup>, maar ook door de scheiding van taken op de gebieden van uitvoering en controle.<sup>112</sup>

#### *De ziekenfondsverzekering; de verplichte, de bejaarden- en de vrijwillige verzekering*

De toegang tot het ziekenfonds of de kring der verzekerden werd volgens het Ziekenfondsenbesluit bepaald door de jaarlijkse vaststelling van de loongrens en door de uitbreiding van de verplichte verzekering tot mensen die niet volgens de Ziekwet waren verzekerd. Op 1 januari 1951 werd het door een wetswijziging mogelijk om personen op te nemen, die op grond van sociale wetgeving een uitkering kregen. Werklozen met een overheidsuitkering waren al sinds 1944 verplicht verzekerd. Met de invoering van de Werkloosheidswet in 1952 gold dit voor alle werklozen met een uitkering.

Voor 65+-ers met een inkomen beneden een door de wet vastgestelde norm werd in 1957 de bejaardenverzekering ingevoerd. Deze verzekering garandeerde een verstrekkingenpakket, gelijk aan dat van de verplichte verzekering. Deze bejaardenverzekering werd in de Ziekenfondswet van 1966 gehandhaafd. De verzekerden betaalden een nominale premie, waarvan de hoogte afhankelijk was van het inkomen. In 1984 waren er vijf tariefklassen voor gehuwden en vier voor ongehuwden.<sup>113</sup> Dit tariefstelsel werd nog ingewikkelder door een reductieregeling om de premies voor bejaarden met kleine pensioentjes betaalbaar te houden. De aanmeldingen, afmeldingen en controles voor de bejaardenverzekering waren zowel voor de bejaarden, hun kinderen als voor de ziekenfondsmedewerkers vaak nodeloos ingewikkeld en onplezierig.

De bejaardenverzekering werd gefinancierd door de premieopbrengst, aangevuld met overheidssubsidies en bijdragen uit het vereveningsfonds. De kosten van de bejaardenverzekering werden een steeds groter probleem, waarvoor de ziekenfondsen en de overheid gezamenlijk een oplossing zochten. De inkomenstoelatingsgrens voor de bejaardenverzekering werd ondanks alle aanpassingen te laag gevonden en velen moesten een beroep doen op de vrijwillige verzekering.

De vrijwillige verzekering was bedoeld voor degenen die buiten de verplichte verzekering vielen, maar geen particuliere ziektekostenpolis konden betalen. De groep verzekerden die gebruikmaakte van de vrijwillige verzekering bestond behalve uit bejaarden, voornamelijk uit kleine zelfstandigen, arbeidsongeschikten en *sociaal zwakkeren*.<sup>114</sup>

#### *De vrijwillige verzekering; een loodzware erfenis uit het verleden*

De ziekenfondsen hadden onder toezicht van de Ziekenfondsraad een beperkte vrijheid bij de uitvoering van de vrijwillige verzekering voor de verstrekkingen, het voeren van de administratie en het beheer van de financiën en waren zelf verantwoordelijk voor een sluitende exploitatie.

In 1947 werden de verstrekkingenpakketten van de vrijwillige en de verplichte verzekering op aandringen van de ziekenfondskoepels uniform gemaakt om de gebreken van de vrijwillige verzekering zo veel mogelijk op te heffen.<sup>115</sup> De inkomensgrens voor de vrijwillige verzekering werd in 1946 door alle fondsen op f 3.000 gelijkgetrokken.<sup>116</sup>

De vrijwillige verzekering was voor de ziekenfondsen een onding. Het draagvlak van de oorspronkelijke vrijwillige ziekenfondsverzekering was in 1941 door de invoering van de verplichte verzekering te klein geworden, terwijl de tarieven van de medische zorg bleven stijgen. Eigenlijk maakten alleen de slechte risico's van deze verzekering gebruik, terwijl de ziekenfondsen verplicht waren alle aanmeldingen te accepteren. Zij waren daarom gedwongen of de verstrekkingen te beperken of de premies zo hoog te stellen, dat zij voor de doelgroepen onaanvaardbaar werden. De verplichte verzekering met haar procentuele premie was een solidariteitsverzekering. De vrijwillige verzekering met haar nominale premie was dit niet. Voor de doelgroep van de vrijwillige verzekering was sociale solidariteit juist bitter hard nodig, want de weekpremie was voor hen een rib uit het lijf.

De premies werden in de periode van 1947 tot 1952 landelijk gelijkgesteld. De overheid droeg met f 35.000.000 uit het Vereveningsfonds van de verplichte verzekering aan de tekorten van de ziekenfondsen bij. Door deze bijdrage werd bij de vrijwillige verzekering tijdelijk het solidariteitselement van de verplichte verzekering ingebracht. In 1950 werden de fondsen zelf weer verantwoordelijk voor hun premiehoogte, terwijl zij het verstrekkingenniveau niet mochten verlagen. In 1952 werd de subsidie gestopt en liepen de premies weer plaatselijk uiteen. In 1959 varieerden zij voor een gezin van f 3,20 tot f 5,40 per week.<sup>117</sup> De premies verschilden per regio, afhankelijk van de kosten van de gezondheidszorg en eventuele subsidies van de gemeentelijke overheden.<sup>118</sup>

Het probleem van de vrijwillige verzekering kon niet worden opgelost zonder grote subsidies, onaanvaardbare hoge premies of heffing van premie naar draagkracht. In feite waren het twee problemen: de financiering van de verzekering en de toegankelijkheid door de premiehoogte. De verzekering bleef voor de ziekenfondsen een molensteen om hun nek, terwijl de overheid angstig was voor subsidiëring van een bodemloze put. De fondsen in Amersfoort, Zeist en Utrecht probeerden soms gezamenlijk en soms in landelijke verband hun problemen met de vrijwillige verzekering door verevening op te lossen.

De invoering van een volksverzekering ter vervanging van het Ziekenfondsenbesluit kon voor het probleem van de vrijwillige verzekering een oplossing zijn, maar de uitvoering van dit idee werd in de vijftiger jaren tegengehouden door de medische beroepsorganisaties en de werkgevers.<sup>119</sup> De Ziekenfondswet van 1966 hield de driedeling verplicht-vrijwillig-particulier in stand. Veldkamp deed voorstellen voor de invoering van premie naar draagkracht bij de vrijwillige verzekering en een verplichte ziekenfondsverzekering voor alle burger met een inkomen beneden een inkomensgrens, maar deze werden door maatschappelijke tegenstand afgewezen.<sup>120</sup> Ziekenfondskringen waren bang voor verminderde invloed bij de uitvoering van de verplichte verzekering en wilden hun rol in de vrijwillige verzekering niet opgeven. De fondsen bleven gehecht aan de laatste resten van hun zelfstandigheid en de beperkte vrijheid, die zij met de vrijwillige verzekering nog genoten. De artsen kozen in deze strijd het kamp van de ziekenfondsen, want zij waren bang voor aantasting van hun particuliere praktijken.

De kosten van de gezondheidszorg bleven stijgen door de inflatie, de toenemende vraag naar zorg en verhoging van de medische tarieven. De ziekenfondsen werd soms zelfs verweten dat zij schuldig waren aan de onbeheersbare stijging van kosten van de gezondheidszorg in de zestiger en zeventiger jaren. Deze liepen op van 5 miljard in 1968 tot 10 miljard in 1974.<sup>121</sup> De fondsen zouden onvoldoende letten op de doelmatigheid van de zorgverlening, omdat zij de kosten van de zorgverlening volledig konden declareren. Dit verwijt was onterecht. De fondsen beschikten nauwelijks over mogelijkheden om de kosten van deze verzekeringen in de hand te houden, want zij waren door de contracteerplicht en de tariefovereenkomsten gedwongen tot uitbetaling van alle declaraties.

Het bleef tobben met die vrijwillige ziekenfondsverzekering, zeker omdat een algemene volksverzekering nooit werd ingevoerd. De overheid bleef van mening dat de toegang tot de gezondheidszorg met de vrijwillige en de verplichte verzekering voldoende geregeld was.<sup>122</sup> De oplossing zou na 1980 worden gezocht in het combineren van de ziekenfondsverzekering en het uitbreiden van de particuliere verzekering.

*Verzekering door Ziekenfondswet en AWBZ; volledige toegankelijkheid tot gezondheidszorg*

De ziekenfondsverzekering, verplicht en vrijwillig, voorzag wel in de volledige dekking van artsenzorg, medicijnen, paramedische zorg en kunst- en hulpmiddelen, maar verstreek slechts in beperkte mate ziekenhuisverpleging. De ziekenhuisverplegingsverzekeringsverenigingen bleven ook na 1945 bestaan, maar waren onvoldoende in staat om in de steeds groeiende behoefte aan ziekenhuis-, sanatorium- en langdurige verpleging te voorzien. Deze groeiende vraag werd veroorzaakt door de inhaalbehoefte na de oorlog, de ontwikkeling van de verpleeghuiszorg, professionalisatie van de ziekenhuisverpleging en de ontwikkelingen bij de medische specialisatie.

In en na de oorlog waren de problemen bij de ziekenhuisverpleging nauwelijks te overzien. Er waren grote tekorten aan artsen, geneesmiddelen en ziekenhuisbedden. De bouw van ziekenhuizen was dringend nodig, maar werd beperkt. De gevolgen van dit beleid waren ernstig: wachtlijsten voor opnames, beddentekorten en veroudering van de bestaande ziekenhuizen. Na 1960 veranderde dit. De overheid trok, aangemoedigd door de economische vooruitgang, het bouwvergunningenbeleid in en als gevolg van de inhaalbehoefte ontstond in de ziekenhuissector een bouwexplosie met nieuwbouw, modernisering en uitbreidingen. De hotelfunctie van de ziekenhuizen werd versterkt. Zalen werden vervangen door kamers voor 1 tot 4 personen. Het aantal bedden per 1.000 inwoners groeide van 3,8 voor de oorlog tot 5,3 in 1974.<sup>123</sup>

Net als bij de ziekenhuisverpleging bestond bij de psychiatrische zorg grote behoefte aan uitbreiding van het aantal plaatsen. De psychiatrie ontwikkelde zich snel met specialisaties als kinderpsychiatrie en neurologie, maar de toestand bij de psychiatrische inrichtingen was slecht. In 1955 was er een tekort van 7.000 opnameplaatsen.<sup>124</sup> Deze inrichtingen verpleegden niet alleen psychiatrische patiënten, maar verleenden ook de zorg voor volwassen zwakzinnigen en demente bejaarden. Voor deze groepen waren eigen verpleeghuisvoorzieningen nodig.

Het proces van medische differentiatie en specialisatie ging door met de ontwikkeling van orthopedische chirurgie, dermatologie en urologie. De medisch-technische ontwikkelingen gingen tot 1955 snel. Uit moederspecialismen als chirurgie, keel-, neus- en oorziekten en interne geneeskunde ontstonden deelspecialismen als plastische chirurgie, neurochirurgie en cardiologie. Ondersteuning door laboratoriumonderzoeken, anesthesie en röntgenologie werden steeds belangrijker voor klinische en poliklinische behandeling. Het accent van de klinische behandeling verschoof van verpleging naar genezing, van *care* naar *cure*.<sup>125</sup>

De ontwikkeling van de ziekenhuisverpleging en de medische specialisatie had twee gevolgen. De leiding van een ziekenhuis moest zich ontwikkelen tot een professioneel management met directeurs voor medische, verpleegkundige en economische zaken. Ten tweede moest een oplossing worden gevonden voor de verpleging van chronisch zieken, zowel voor hun huisvesting als voor de financiering van hun verzorging. De levensverwachting van de bevolking en daarmee ook het aantal chronisch zieken namen toe door de groeiende welvaart, de snel ontwikkelende medische wetenschap en de uitbreiding van de medische en paramedische therapeutische mogelijkheden. De kosten van deze zorg werden zo hoog dat particuliere verzekering van de chronisch zieken, de zware risico's, niet mogelijk was. Het Ziekenfondsenbesluit bood maar een verzorging van 42 ligdagen per opname, waardoor deze mensen aangewezen bleven op de armenzorg. Weinigen konden voortdurende zorg uit eigen zak betalen en de behoefte aan een wettelijke verzekering van de kosten van deze langdurige verzorging werd daarom steeds groter.

De Armenwet werd in 1965 vervangen door de Algemene Bijstandswet. De geneeskundige armenzorg had zich overleefd en was grotendeels vervangen door de ziekenfondsverzekering. De ziekenhuisverpleging als verstrekking voor de verplichte verzekering werd op 1 januari 1964 wel uitgebreid tot 365 dagen, maar deze maatregel loste het probleem niet op.<sup>126</sup> Veldkamp, de minister van Volksgezondheid, wilde daarom deze risico's in een aparte volksverzekering onderbrengen en diende op 24 januari 1966 een wetsontwerp Algemene Verzekering zware geneeskundige risico's in.<sup>127</sup> Deze volksverzekering had tot voordeel dat de overheidsfinanciën werden ontlast, doordat de kosten van deze risico's niet meer ten laste kwamen van de Bijstandswet.

De minister wilde de ziekenhuisverpleging oorspronkelijk ook in deze wet onderbrengen, maar dit stuitte op zo'n grote maatschappelijke weerstand dat hij deze plannen liet varen. De SER, de werkgevers, de particuliere verzekeraars en de specialisten stonden op hun achterste benen. De werkgevers zouden de volledige premie moeten betalen, de particuliere verzekeraars zagen een deel van hun markt verdwijnen en de SER raadde het voorstel gewoon af. Het protest van de LSV was opmerkelijk. De specialistenvereniging beschouwde deze wet voor de klinische hulp als een ziekenfondsverzekering zonder loongrens en dat was voor de specialisten als aantasting van hun praktijk onaanvaardbaar. De ziekenhuisverpleging werd door alle weerstand geen volksverzekering, maar bleef verdeeld tussen de ziekenfonds- en de particuliere verzekering.

Veldkamps opvolger Roolvink loodste in 1967 de plannen van zijn voorganger door het parlement als de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de AWBZ. De AWBZ werd op 1 januari 1968 gedeeltelijk en op 1 april geheel van kracht. De AWBZ-verstrekkings bestonden uit opname en behandeling in erkende instellingen als verpleeghuizen, zwakzinnigeninrichtingen en inrichtingen voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten. Behandeling in ziekenhuizen, sanatoria en psychiatrische inrichtingen werden vanaf de 366e dag vergoed.

*Verzekering door Ziekenfondswet en AWBZ; de gevolgen voor de gezondheidszorg en de fondsen*

De AWBZ had verstrekkende gevolgen voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg. De regeling van de financiering van chronisch zieken en gehandicapten maakte de ontwikkeling van nieuwe instellingen als verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen mogelijk. De zwakzinnigenzorg werd verbeterd door de bouw van zwakzinnigeninrichtingen, gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven. Het aantal verpleeghuisplaatsen voor somatische en psychogeriatrische patiënten groeide van 1.500 in 1950 tot 47.000 bedden in 1983.<sup>128</sup> De verzorgings- en verpleegfuncties van de verpleeghuizen werden uitgebreid met therapeutische verzorging door bezigheidstherapeuten, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten. Op deze manier droeg de AWBZ, net als het Ziekenfondsenbesluit, bij tot de ontwikkeling van de paramedische beroepen.

De AWBZ was een volksverzekering, in tegenstelling tot de ziekenfondsverzekering waar de verzekerde zelf zijn premie betaalde. De verzekering werd gefinancierd door eigen bijdragen, door premies en rijksbijdragen. De premie werd gesteld op 0,4% over een jaarinkomen van maximaal f 15.350.<sup>129</sup>

Voor aanspraken op de wet moesten ziekenfondsverzekerden zich melden bij hun ziekenfonds en particulier verzekerden bij hun verzekeraar. De uitvoering van de AWBZ werd grotendeels in handen gelegd van de ziekenfondsen als Uitvoeringsorgaan/Verbindingskantoren, VBK's, voor het CAK, het Centrale Administratie Kantoor. Deze VBK's bemiddelen sindsdien bij de erkenning en de contractering van instellingen, verzorgen de AWBZ-administratie rond de opname en de behandeling, innen de eigen bijdragen en betalen de instellingen. In 1989 werden de particuliere ziektekostenverzekeraars ook voor hun verzekerden aangesteld tot contactorganen voor de AWBZ.

Het takenpakket van de ziekenfondsen werd door de wet flink uitgebreid. Het werk op de AWBZ-afdelingen werd specialistenwerk en bleek in de praktijk voor veel fondsen haast niet uitvoerbaar. Vooral de kleinere fondsen waren nauwelijks in staat een goed draaiende afdeling op te zetten en kregen reprimande op reprimande van de Ziekenfondsraad, die net als bij de Ziekenfondswet met het toezicht belast was. Sommige waren daardoor gedwongen te fuseren met grotere fondsen, een onverwacht concentratie-effect.

De AWBZ vulde als volksverzekering de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekering aan en was bestemd voor de gehele bevolking. Zij veranderde op den duur van karakter. Het principe van de verzekering van zware, onverzekerbare risico's verdween en de wet kreeg steeds meer betekenis voor de algemene gezondheidszorg. Belangrijke nieuwe verstrekkingen waren rolstoelen voor verpleeg- en revalidatie-instellingen, medische kindertehuizen, gezinsverpleging, sociaal-psychiatrische hulpverlening, dagverblijven voor gehandicapten en als kroon de uitbreiding met het kruiswerk in 1980.<sup>130</sup> De Ziekenfondswet werd in deze tijd uitgebreid met verstrekkingen als psychiatrische dagbehandeling, revalidatiedagbehandeling, anticonceptiemiddelen en pilcontrole, Cesar- en Mensendiecktherapie en niertransplantaties.

De gezondheidszorg groeide tot 1974 als kool. De economische voorspoed, de groeiende welvaart en de gezonde overheidsfinanciën maakten dit mogelijk. Toch konden de bomen niet tot de hemel groeien en de presentatie van de Structuurnota Gezondheidszorg van staatssecretaris J.P.M. Hendriks kondigde grens van deze groei in 1974 al aan.<sup>131</sup> De vraag naar zorg groeide harder dan het aanbod, wachtlijsten voor opnames en wachttijden bij spreekuren verdwenen niet. De bureaucratie en de overheidsinvloed in de gezondheidszorg werden door de Ziekenfondswet en de AWBZ steeds groter. De kosten namen explosief toe. De gemiddelde uitgaven per wettelijk verzekerde groeiden van f 224,17 in 1967 tot f 407,68 in 1971.<sup>132</sup> Deze stijgingen waren niet alleen te danken aan de uitbreiding van het aantal verstrekkingen en de inflatie, maar ook aan de voortdurende verhogingen van de tarieven. De premiestijgingen van de verplichte verzekering die voor de dekking van deze kostenstijgingen nodig waren, werden als bedreiging voor de economische ontwikkeling van het land gezien, onder meer omdat zij op hun beurt de inflatie weer stimuleerden.<sup>133</sup>

Niet alleen de kostengroei, maar ook de structuur van de gezondheidszorg dreigde problemen op te leveren. Het voorzieningsniveau was hoog, maar zonder beleidsvisie tot stand gekomen en groeide uit tot een *lappendeken*.<sup>134</sup> De geografische spreiding was te onregelmatig. De intramurale sector had

zich met haar ziekenhuizen en verpleeginrichtingen bijna ongelimiteerd kunnen uitbreiden, ten koste van de middelen voor psychiatrie en voor de extramurale zorg als artsenuitbuiting en paramedische zorg.<sup>135</sup> De ziekenhuisbouw werd pas in 1971 door de Wet Ziekenhuisvoorzieningen weer aan een vergunningenstelsel gebonden. De verzuiling droeg ook haar steentje aan de versnippering bij. Katholieken en protestanten bleven vasthouden aan het recht op eigen voorzieningen. Er werd niet alleen geïnvesteerd in algemene instellingen en voorzieningen, maar in plaatsen als Schiedam werd op 200 meter van het net nieuw opgetrokken katholieke ziekenhuis een Gemeenteziekenhuis gebouwd. Deze ontwikkelingen waren begrijpelijk. Voor het eerst in de geschiedenis waren door wetgeving en welvaart de financiële middelen aanwezig om de gezondheidszorg zonder bekijbelen te laten groeien. Deze groei viel samen met grote technologische ontwikkelingen, therapeutische vernieuwingen, veranderende inzichten en nieuwe visies op behandeling en patiëntenzorg. Met de Ziekenfondswet en de AWBZ was de toegankelijkheid tot alle voorzieningen van de gezondheidszorg voor de gehele bevolking gegarandeerd.

#### *Ziekenfonds of particulier; bovenbouwen en verzekeringsmaatschappijen*

De verzekering van de gezondheidszorg bestond behalve uit de ziekenfondsverzekering en de AWBZ ook uit de particuliere ziektekostenverzekering. De ontwikkeling van deze verzekering was sinds de contacten van de NMG met de particuliere ziektekostenverzekeraars in de twintiger jaren doorgegaan. Het Ziekenfondsenbesluit had voor deze verzekeraars twee gevolgen. Hun omzet ging flink omlaag en vele gingen failliet. De vaststelling van de loongrens en de koppeling met de Ziektewet maakte duidelijk welke inkomensgroepen hun toekomstige cliëntèle vormden, zoals de ambtenaren en mensen uit de vrije beroepen.

De ziekenfondsen richtten na de oorlog hun eigen particuliere verzekeringsmaatschappijen op, de bovenbouwverzekeraars of bovenbouwen. Fondsen uit een regio werkten vaak samen in stichtingen om te voorzien in de behoefte aan aanvullende verzekeringen voor ziekenhuisverpleging. De bovenbouwen boden daarnaast volledige ziektekostenverzekeringen tegen betaalbare premies aan mensen, die met hun inkomen boven de loongrens kwamen. Bekende bovenbouwmaatschappijen waren de VGCN in Midden-Nederland, VGNN uit Noord-Nederland, VGZ in Zuid-Nederland en het NeZiFo van de onderling beheerde ziekenfondsen. Veel bovenbouwen fuseerden tot het latere Zilveren Kruis.

De belangrijkste verschillen tussen deze ziekenfondsmaatschappijen en de commerciële ziektekostenverzekeraars waren hun volledige acceptatiebeleid, de risico-onafhankelijke premiestelling en betere polisvoorwaarden, zoals het ontbreken van uitsluitingen van bestaande kwalen. Zij probeerden het beginsel van solidariteit tussen gezonden en zieken zo veel mogelijk in de praktijk te brengen door te werken als onderlinge waarborgmaatschappijen zonder winstoogmerk.

De bovenbouwen stichtten in 1955 een gezamenlijke verzekering, de stichting Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg of SIG.<sup>136</sup> A.A. Snooy, de administrateur van het Utrechtse VHZ, was de grondlegger van de SIG. De bovenbouwen konden bij de SIG de slechte of zware risico's betaalbaar herverzekeren. Zij versterkten hiermee hun marktpositie en konden hun non-selectieve acceptatiebeleid beter volhouden. Commerciële verzekeraars vonden daarentegen dat de premies moesten worden afgestemd op de risico's en dienden bij te dragen aan de winst van de maatschappij. Zij voerden een strakker acceptatiebeleid.

De bovenbouwen werden door hun premies, pakketten en hun binding met de ziekenfondsen al snel grote concurrenten van de particuliere verzekeraars. Hun beheerskosten waren lager doordat zij gebruikmaakten van de ziekenfondsadministraties en de bodes. Deze relatie werd door de Ziekenfondsraad en de overheid toegestaan.<sup>137</sup> Het marktaandeel van de bovenbouwen groeide snel ten koste van de particuliere verzekeringsmaatschappijen.

De positie van alle ziektekostenverzekeraars kwam in de jaren vijftig en zestig steeds meer onder druk te staan. De loongrens voor de verplichte verzekering werd ieder jaar hoger gesteld en de ziekenfondsverstrekkingen werden steeds uitgebreider. Zij verloren een groot deel van de ambtenarenverzekerden door de oprichting van publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen voor gemeente- en provincieambtenaren, zoals de IZA's. De verzekeraars probeerden daarom in 1961 door de oprichting van de Kontaktcommissie Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars, de KLOZ, de uitholling van hun bedrijfstak tegen te gaan.

De KLOZ was door de deelname van de bovenbouwen het eerste formele overlegorgaan tussen de particuliere ziektekostenverzekeraars en de ziekenfondsen. De tweede belangrijke stap in de samenwerking tussen de ziektekostenverzekeraars en de ziekenfondsen was de gemeenschappelijke

regeling van de verzekering van slechte risico's in het Nederlands Onderling Herverzekeringsinstituut voor Ziektekosten, NOZ, in 1967. De SIG van de bovenbouwen ging in 1968 op in het NOZ.<sup>138</sup> De samenwerking van de ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars heeft een lange traditie. De Ziekenfondswet verbiedt deze samenwerking niet, het is een eigen ontwikkeling in het maatschappelijk middenveld geweest. Ziekenfondsdirecteuren vergaderden in het kader van de KLOZ samen met hun commerciële collega's. Het personeel van de ziekenfondsen werd op contractbasis uitgeleend aan de bovenbouwen. Ziekenfonds en ziektekostenverzekering beten elkaar niet, zij vulden elkaar juist aan.

#### *Ziekenfonds of ziektekostenverzekering; solidariteit of equivalentie?*

De KLOZ was niet bedoeld om de commerciële ziektekostenverzekeraars een socialer verzekeringsbeleid op te dringen. Het tegendeel bleek zelfs toen zij in het begin van de jaren '80 *de goedkope budgetpolis met leeftijdgebonden premies en eigen risico's* introduceerden.<sup>139</sup> Zij moesten reageren op de agressieve marketing van bovenbouwverzekeraars en onderlinge verzekeringsmaatschappijen, die door direct writing meer goede risico's trachtten te werven en van de vrijwillige verzekering trachtten over te hevelen naar de bovenbouwen. De premiedifferentiatie tussen de goede en de slechte risico's werd na 1980 steeds groter. De zelfregulering van de particuliere markt faalde, ondanks het overleg in de KLOZ.

De noodzaak tot overheidsingrijpen bij de ziektekostenverzekering werd steeds groter, mede door de problemen bij de bejaardenverzekering en de vrijwillige verzekering. Veel gezonde vrijwillig verzekerden zetten hun vrijwillige fondspolis om in een goedkopere particuliere polis. De vrijwillige verzekering moest worden gereorganiseerd, want zij dreigde binnen korte tijd uitsluitend nog te bestaan uit verzekerden met een hoog ziekterisico. De premies zouden dan onaanvaardbaar hoog moeten worden om de tekorten te beperken en de overheidsbijdrage aan de verzekering zou steeds groter worden.<sup>140</sup>

Deze ontwikkeling toonde aan dat de solidariteit van de ziekenfondsverzekering niet kon concurreren met het equivalentieprincipe van de particuliere verzekering.<sup>141</sup> Bij de solidariteit van de ziekenfondsverzekering kwamen een goede verzekering en de belangen van de verzekerden voor de winst. Bij de equivalentie moesten de premies de kosten van schade dekken en voor de continuïteit van de bedrijfsvoering zorgen. Toch dwong de overheid op 1 april 1986 de ziektekostenverzekeraars, bovenbouwen en commerciële maatschappijen, tot een combinatie van solidariteit en equivalentie in de standaardpakketpolis van de Wet Toegang Ziektekostenverzekering, de WTZ.<sup>142</sup>

De WTZ, ook wel de kleine stelselwijziging genoemd, regelde de opheffing van de bejaarden- en de vrijwillige verzekering. De verzekerden uit de bejaardenverzekering kregen een verplichte ziekenfondsverzekering en de vrijwillig verzekerden werden gedwongen tot het afsluiten van een particuliere verzekering. Uitkeringsgerechtigden werden in het vervolg verplicht verzekerd.

De particuliere verzekeraars kregen te maken met uitgebreide overheidsmaatregelen om de toegang van de slechte risico's van de vrijwillige verzekering tot de particuliere verzekering te garanderen. Risicoselectie en premiedifferentiatie moesten worden uitgesloten, de standaardpakketpolis was geboren. Deze polis legde de verzekeraars acceptatieplicht op en garandeerde een verstrekkingenpakket, gelijk aan dat van de verplichte verzekering tegen betaling van een wettelijk vast te stellen premie. De premies dekten niet de kosten van de standaardpakketpolis. Deze nieuwe polissen werden gesubsidieerd door wettelijke heffingen op de reguliere particuliere polissen. Deze heffingen functioneerden als middel om van de particulier verzekerden aanvullende solidariteit met de standaardpakketpolis af te dwingen.<sup>143</sup>

De WTZ en de standaardpakketpolis kwamen uit de koker van J.P. van der Reijden, de staatssecretaris van Volksgezondheid uit het eerste confessioneel-liberale kabinet-Lubbers. Van der Reijden was voorzitter geweest van de bovenbouwverzekeraar Zilveren Kruis. Het credo van dit kabinet-Lubbers was *no-nonsense* om door ingrijpende maatregelen en bezuinigingsmaatregelen in de sociale sector de overheidsfinanciën en de welvaartsstaat te saneren. Van der Reijden kreeg bij zijn aantreden de opdracht 470 miljoen gulden op de ziekenfondsuitgaven te bezuinigen. Hij was fel tegenstander van de verwevenheid van bovenbouw en ziekenfonds en wilde een bestuurlijke en financiële scheiding van de ziekenfondsen en de particuliere sector.<sup>144</sup> Van der Reijden zag met deze bezuinigingsopdracht zijn kans schoon om zijn ideeën in de praktijk te brengen en de vrijwillige en de bejaardenverzekering te saneren.

De bezuinigingsplannen riepen veel maatschappelijke weerstand op. De VNZ, de Ziekenfondsraad, de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Landelijk Patiëntenplatform, de Sociaal-Economische Raad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en vele maatschappelijke organisaties protesteerden tegen

de opheffing van de vrijwillige verzekering. Politiek en maatschappij pleitten voor de invoering van een volksverzekering als de oplossing voor alle problemen, maar Van der Reijden hield voet bij stuk. Hij ontwikkelde zelf een model voor een ziektekostenverzekering, maar zijn voorstellen vonden weinig weerklank.<sup>145</sup> Toch wist hij zijn WTZ door te drukken, gesteund door de bezuinigingsdrift van het kabinet-Lubbers. De kosten van de twee ziekenfondsverzekeringen werden grotendeels overgeheveld naar de particuliere sector, waardoor hij voor een deel aan zijn opdracht had voldaan.

De WTZ is als brug tussen de verplichte ziekenfondsverzekering en de particuliere schadeverzekering een krampachtige fusie van solidariteit en equivalentie. De ziekenfondsen verloren hun vrijwillige verzekering, de overheid hoefde de bejaardenverzekering niet meer te subsidiëren en de ziektekostenverzekeraars, particulier en bovenbouwen, kregen er in 1986 800.000 particulier verzekerden bij.<sup>146</sup> De standaardpakketpolissen bleken voor de verzekeraars door de toeslagen op de particuliere ziektekostenverzekeringen kostendekkend.<sup>147</sup> Zij waren zelfs winstgevend. De fusie was krampachtig omdat de WTZ eigenlijk gebruikt werd als lapmiddel om de grootste problemen van de financiering van de verzekering van de gezondheidszorg te verlichten.

De standaardpakketpolis functioneerde wel als ziektekostenverzekering, maar was een sociale ramp. De premie was voor veel bejaarden met een klein pensioentje nauwelijks op te brengen, terwijl zij in de vroegere bejaardenverzekering misschien zelfs premiereductie gekregen zouden hebben. In de loop van de jaren werd de toelating tot de verplichte verzekering aangepast en konden sommige groepen met een standaardpakketpolis een beroep doen op het ziekenfonds.

#### *Artsen, ziekenfondsen, overheid en de ziekenfondsverzekering; een evaluatie*

De relatie artsen-ziekenfondsen veranderde na 1945 op het landelijk niveau door de ontwikkelingen bij de verzekering van de gezondheidszorg tot de zakelijke verhouding van uitvoeringsorganen en medewerkers. De overheid behield en versterkte haar primaat bij het beleid en de regeling van de ziekenfondsverzekering na 1945, de artsen en de fondsen kregen hun verantwoordelijkheden van voor 1941 niet terug. De richtlijnen van de KNMG waren niet meer bepalend voor de landelijke ontwikkelingen en de rol van de artsen werd op het landelijk niveau teruggedrongen tot de gelijkstelling aan die van de andere medewerkersgroepen. De terugkeer van spanningen uit de tijd van de polarisatie werd definitief uitgeschakeld doordat met de inrichting van de Ziekenfondsraad de verantwoordelijkheid voor en het beheer van de financiële middelen van, het toezicht op en de advisering bij de ziekenfondsverzekering op het landelijk niveau gedeeld werd door de overheid, de fondsen, de medewerkers en het bedrijfsleven.

De ziekenfondsen ontwikkelden twee nieuwe zakelijke gezichten, van verzekeraar en van uitvoeringsorgaan. Zij waren door hun bovenbouwen actief als particuliere ziektekostenverzekeraars. Het karakter van de ziekenfondsen als praktisch werkend uitvoeringsorgaan werd versterkt door de invoering van de AWBZ en door het verlies van de zelfstandigheid bij het voeren van de vrijwillige verzekering. Zij probeerden zich vergeefs tegen dit identiteitsverlies te verzetten, maar tegelijk waren zij aan deze ontwikkeling medeschuldig door hun politiek om de goede risico's uit de vrijwillige verzekering onder te brengen in hun bovenbouwverzekeringen.

De uitholling van de vrijwillige verzekering door het uitsluiten van goede risicogroepen maakte een gezonde exploitatie van deze verzekering op lokaal niveau onmogelijk en dwong tot landelijke verevening. De fondsen verloren daarmee hun laatste mogelijkheid om zelfstandig op lokaal niveau een beleid te voeren. De WTZ was de eerste grote ingreep in het ziekenfondsbestel sinds de invoering van het Ziekenfondsenbesluit en betekende het einde van de vrijwillige verzekering als erfenis van het stelsel van voor 1941. De manier waarop de WTZ werd ingevoerd, bevestigde dat de overheid de inrichting van de verzekering van de gezondheidszorg vaststelde en niet de artsen en de ziekenfondsen.

Het besluitvormingsproces over de verzekering van de gezondheidszorg werd en wordt ontwikkeld door discussies tussen zorgaanbieders, de overheid, zorgverzekeraars en de betrokken groepen uit de maatschappij. Deze discussie gaat alleen niet meer over de inrichting van de verplichte verzekering en om principebesluiten over equivalentie of solidariteit, maar om de gehele financiering, de kostenbeheersing van de gezondheidszorg en de controle op de kwaliteit van het geleverde product. In de volgende hoofdstukken wordt gekeken naar de ontwikkeling van het overheidsbeleid in de gezondheidszorg na 1945, hoe de artsen en de fondsen zich op het landelijk niveau aan de situatie aanpasten en in hoeverre zij zelf beleid daarbij konden ontwikkelen en voeren.

### 3.4 Artsen, ziekenfondsen, overheid en beleidsvorming in de gezondheidszorg na 1945

De invloed van de overheid op de relatie artsen-ziekenfondsen werd na 1945 steeds groter. De manier waarop dit gebeurde was afhankelijk van de heersende politieke visie en maatschappelijke ontwikkelingen. De fondsen bleven met hun koepelorganisaties ondanks de rol van de overheid op het landelijk niveau in staat tot het voeren van eigen beleid bij de verzekering van de gezondheidszorg en in hun relatie tot de zorgaanbieders.

#### *Koepelvorming bij de Maatschappijfondsen: de oprichting van de Federatie V.M.Z.*

Het aantal fondsen, dat volgens het Ziekenfondsenbesluit over een erkenning beschikte, daalde gestaag: van 190 op 31 december 1943 tot 151 in 1948.<sup>148</sup> Deze daling was een proces van fusie en opheffing en gaat tot op de dag van vandaag door. Van der Does krijgt achteraf zijn zin.

De Maatschappijfondsen bleven de grootste groep fondsen vormen, gevolgd door de onderling beheerde fondsen van het CBZ. De behoefte aan een eigen koepel bleek bij de Maatschappijfondsen na de bezetting sterker dan ooit. De fondsen konden door de groei na het Ziekenfondsenbesluit en de groter wordende rol van de overheid niet meer zonder goede samenwerking en collectieve belangenbehartiging. Het grootste probleem voor de Maatschappijfondsen was hun gebrek aan zelfstandigheid. Het was de NVVZA tijdens de bezetting weliswaar niet gelukt de fondsen te annexeren, maar na de bevrijding was hun status nog steeds die van dochterorganen van de Maatschappij, zonder rechtsbevoegdheid. De artsenorganisatie bleef daardoor financieel verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering.

Nieuwenhuizen, Bartels, De Vos en Van de Bunt, de voormannen van 1936 en 1941, ondernamen in 1945 opnieuw pogingen tot de oprichting van een Federatie "Vereenigde Maatschappij Ziekenfondsen" (V.M.Z.) en nu met meer succes.<sup>149</sup> Het Medisch Contact had voor de bevrijding de medewerking bij de stichting van een federatie toegezegd en de rol van de grootste tegenwerkers van een Maatschappijfondsenkoepel, Eggink en Diehl, was na de bevrijding uitgespeeld.

Op 1 en 2 september 1945 werd de eerste algemene vergadering van het Medisch Contact gehouden. Waar Van den Helm, Van de Bunt, Nieuwenhuizen en hun collega-bestuurders zo lang naar gestreefd hadden, was nu snel geregeld.<sup>150</sup> Het hoofdbestuur van het Medisch Contact wilde zo snel mogelijk de Federatie V.M.Z. heropgericht zien om de Maatschappijfondsen een sterke uitgangspositie te geven bij nieuwe overheidsmaatregelen. Deze koepel zou de groei van de fondsen moeten bespoedigen en deel moeten nemen aan het overleg voor de oprichting van de Ziekenfondsraad. Op zaterdag 1 december 1945 werd de oprichtingsvergadering van de Federatie gehouden.<sup>151</sup> De constituerende vergadering van de NMG werd op 26 juli 1947 gehouden. De NMG kreeg in 1949 bij het 100-jarig bestaan het predikaat Koninklijk en werd KNMG.

Brutel de la Rivière, Wibaut en De Vreeze, het dagelijks bestuur van het Medisch Contact, wilden door de oprichting van de Federatie bereiken dat het nieuwe hoofdbestuur van de NMG niet meer overbelast zou raken door het werk voor de Maatschappijfondsen. Brutel de la Rivière wilde niet dat de fondsen in de Federatie verzelfstandigd zouden worden, want het ziekenfondswezen was naar zijn mening nog onvoldoende geregeld om de rechtspositie en de honoraria van de artsen zonder de invloed van hun eigen fondsen te garanderen. De bestuursvorm van de Maatschappijfondsen en hun statuten zouden ongewijzigd blijven. De Federatie zou eindelijk orde moeten brengen in de grote verschillen in reglementen, administraties en beheer, de onderlinge concurrentie uit de weg ruimen en verantwoordelijk worden voor het onderhandelen over de medewerkersovereenkomsten.<sup>152</sup>

De verhouding NMG-Federatie werd in 1947 voorlopig geregeld.<sup>153</sup> Het Federatiebestuur kreeg alle fondsbevoegdheden van het NMG-hoofdbestuur overgedragen, maar zonder dat de fondsen verzelfstandigd werden. Een arts-afgevaardigde van het Federatiebestuur werd opgenomen in het NMG-hoofdbestuur. Nieuwenhuizen werd hiervoor als eerste aangezocht en kreeg eindelijk de erkenning, die hij voor zijn verdediging van de Maatschappijfondsen verdiende.

De besturen moesten bij alle NMG-fondsen gelijk zijn en de fondsen moesten *de pariteit van verzekerden en medewerkers met een rechtsgelijke bestuurssamenstelling* volledig doorvoeren.<sup>154</sup> Het medewerkersdeel diende te bestaan uit twee huisartsen, twee apothekers, een specialist en een tandarts naast zes verzekerden. Het NMG-Hoofdbestuur had zich met deze samenstelling eindelijk na de Algemene Besluiten van 1912 uitgesproken over de rechtsgelijkheid van de verzekerden in de Maatschappijfondsen en verklaard af te stappen van het principe dat de bestuurssamenstelling van het ziekenfonds een machtsmiddel was.<sup>155</sup> De pariteitskwestie, dat oude hete hangijzer, was nu na zo vele jaren opgelost, doordat het Hoofdbestuur eindelijk de emancipatie van de verzekerden bevestigde!

Het Hoofdbestuur moest wel. Alle fondsen hadden immers in 1941 met het Ziekenfondsenbesluit de vrije artsenkeuze en de contracteerplicht opgedrongen gekregen met het gevolg dat deze principes, zo vurig voorgestaan door de NMG, overal waren doorgevoerd. Een van de belangrijkste redenen voor het bestaansrecht van de Maatschappijfondsen was daardoor verdwenen en uit concurrentieoverwegingen tegen de CBZ-fondsen wilde het Federatiebestuur zijn fondsen voor de verzekerden zo aantrekkelijk mogelijk maken. De Stopcirculaire uit 1942 was in 1947 opgeheven en de ziekenfondsen mochten weer vrijelijk verzekerden van elkaar in- en overschrijven. De agenten en bodes van de katholieke fondsen beconcurrerden hun collega's van de Maatschappijfondsen en onderlinge fondsen op leven en dood.<sup>156</sup> De strijd om de verzekerde dreigde te herleven en de ledenbestanden van de grote Maatschappijfondsen waren voor hun concurrenten een aanlokkelijke prooi.<sup>157</sup> Bij een eventuele unificatie en concentratie van ziekenfondsen in de werkgebieden moesten de Maatschappijfondsen sterk staan.

De Maatschappijfondsen formeerden Raden van verzekerdenvertegenwoordigers, die de verzekerdenbestuursleden benoemden. Dit model was afgekeken van de bestuursvorm van de onderling beheerde fondsen, waar de Ledenraad al langer bekend was.<sup>158</sup> De verantwoordelijkheid voor het functioneren van de Federatie V.M.Z. berustte bij de fondsbesturen zelf. De fondsen werden ingedeeld in districtscommissies, die gezamenlijk de Landelijke Raad vormden. Het Federatiebestuur was aan deze Raad verantwoording schuldig. Deze structuur werd in 1949 aangepast door de districtscommissies te veranderen in districtsraden en -besturen. De Landelijke Raad werd nu gevormd door afgevaardigden van de fondsbesturen zelf.<sup>159</sup> De KNMG en de Federatie hoopten nu een zo democratisch mogelijke structuur te hebben gevonden.<sup>160</sup>

De Federatie bewees haar bestaansrecht bij de verbetering van de fondsadministraties door het uitgeven van richtlijnen en het voeren van overleg tussen de directeurs en administrateurs. De arbeidsvoorwaarden van het Maatschappijfondsenpersoneel werd verbeterd door een collectieve pensioenvoorziening en door deelname van de Federatie aan CAO-overleg. De statuten en reglementen van de fondsen werden zo veel mogelijk geüniformeerd en de Federatie streefde naar samenwerking met de andere ziekenfondskoepels door overleg voor de gemeenschappelijke behartiging van belangen en bij de onderhandelingen met de zorgaanbieders. De Federatie werd door haar invloed en de grootte van haar achterban al snel de dominante ziekenfondskoepel.

### *Slagvaardigheid bij de artsen; de emancipatie van de beroepsgroepen en de losmaking van de Maatschappijfondsen*

De Federatie V.M.Z. voelde zich toch belemmerd door de eigendomsverhouding met de NMG, ondanks haar autonomie. Deze relatie beperkte de vrijheid van het Federatiebestuur om naar eigen inzicht zijn organisatie in te richten, terwijl dit bestuur het uit tactische overwegingen verstandiger vond de Maatschappijfondsen volledig te verzelfstandigen.<sup>161</sup> De Centrale Bond van Onderling Beheerde Ziekenfondsen, als CBOZ de naoorlogse opvolger van de CBZ, beschouwde de Federatiefondsen nog altijd als artsenfondsen en stelde zich soms vijandig op. De band met de NMG maakte het onmogelijk om bij eventuele concentratieplannen van de overheid of van de fondsorganisaties zelf met andersoortige ziekenfondsen nauwer samen te werken of te fuseren. In deze tijd verschenen diverse plannen, waarin op een ziekenfonds per werkgebied werd aangedrongen.

Toch vond het NMG-Hoofdbestuur een verzelfstandiging van zijn fondsen in 1947 nog veel te ver gaan. Brutèl en Wibaut wilden hun gezag doen gelden als het volgens hen nodig zou zijn. De Federatie had geen zeggenschap over de artsen, maar de NMG wel over de ziekenfondsen.<sup>162</sup> Zij wilden voorlopig verantwoordelijk blijven voor de Maatschappijfondsen, temeer omdat de NMG vanaf haar heroprichting met een identiteitscrisis worstelde. De leden en het Maatschappijbestuur wilden in 1945 en 1946 voorkomen dat de NMG, net als voor de oorlog, verlamd zou worden door een traag en ondoelmatig bestuursapparaat. Er was al een stap in de goede richting gedaan met de Federatie V.M.Z., die de lasten van het Hoofdbestuur verlichtte door ziekenfondstaken over te nemen.

Dit Bestuur had in 1945 plannen voor de oprichting van een vereniging van ziekenfondsartsen, die bij bestuurlijke zaken een adviserende stem zou krijgen. De huisartsen en de specialisten hadden echter geen behoefte aan een dergelijke organisatie. Zij vreesden toestanden als met de vroegere Huisartsen en Specialisten Commissies en wilden eigen beroepsverenigingen, die wel onder de paraplu van de NMG zouden mogen functioneren. De specialisten richtten op 3 augustus 1946 de Landelijke Specialisten Vereniging, de LSV, op. Op 4 augustus volgden de huisartsen met hun Landelijke Huisartsen Vereniging, de LHV. Het doel van deze verenigingen was de behartiging van de beroepsbelangen van de leden, zoals het afsluiten van de overeenkomsten met de ziekenfondsorganisaties.<sup>163</sup>

Deze ontwikkeling was tegen de zin van het Hoofdbestuur, dat net als in vroeger dagen tegen beter weten in door een strakke centralistische opstelling de eenheid wilde bewaren. Het moest echter onder druk van de huisartsen en specialisten met het bestaan van de LHV en LSV instemmen. De status van de beroepsgroepen binnen de NMG was met de LHV en de LSV na decennia van commissies, experimenten en discussies eindelijk definitief geregeld. Zij hadden hun eigen beroepsorganisaties met duidelijke verantwoordelijkheden, functionerend onder de paraplu van de moederorganisatie. De uitvoerende taken van het Hoofdbestuur waren beperkt en iedere groep zorgde zelf voor zijn eigen belangen. De onderlinge twisten over de verdeling van ziekenfondshonoraria behoorden tot het verleden en konden de besluitvorming bij de NMG niet meer verlammen. LHV en LSV onderhandelden zelf met de fondsen, dit was geen algemene NMG-aangelegenheid meer.

Het bestuur van de Federatie V.M.Z. werd door deze ontwikkelingen bij de artsenorganisatie geprikkeld tot aandringen op verzelfstandiging van de Maatschappijfondsen.<sup>164</sup> De moeilijkste punten bij deze privatisering bleken de juridische status van de fondsen, de regeling van de overdracht van het vermogen en de mate van zelfstandigheid van de fondsen ten opzichte van een onafhankelijke Federatie. Het eerste probleem kon worden ondervangen door de fondsen om te vormen tot onderlinge waarborgmaatschappijen, waardoor zij rechtspersoonlijkheid kregen als maatschappijen zonder winstoogmerk. De vermogensoverdracht door de KNMG kon contractueel geregeld worden onder het toezien oog van de Ziekenfondsraad.

De zelfstandigheid van de fondsen zou worden bepaald door het principe van de *besturing door medewerkers en verzekerden gezamenlijk*, het oude principe van de pariteit, en door de mate waarin zij zich verplichtten tot het naleven van de besluiten van de Federatie.<sup>165</sup> De fondsen mochten niet verzuild zijn of raken. Levensbeschouwelijkheid van de medewerkers en de verzekerden mocht de zelfstandigheid van het medisch en verzekeringstechnisch functioneren van de Federatiefondsen niet beïnvloeden.

Het duurde even, maar in 1952 werden de Maatschappijfondsen eindelijk juridisch en economisch losgemaakt van de KNMG, 39 jaar na de Algemene Vergadering van Breda waar het besluit tot de oprichting van de NMG-fondsen genomen was. De verzelfstandiging van de voormalige Maatschappijfondsen betekende het einde van de directe betrokkenheid van de KNMG bij het ziekenfondswezen.

De artsenfondsen hadden hun nut bewezen. Sinds het begin van hun bloei in 1929 waren zij voor de artsen naast de collectieve overeenkomsten het belangrijkste instrument geweest om hun principes in de strijd om de macht bij het ziekenfondswezen te verdedigen: de vrije artsenkeuze, een goede rechtspositie en handhaving van de welstandsgrens. Tegelijk was in deze strijd de rol van de verzekerden en de andere medewerkers in de besturen van de Maatschappijfondsen steeds groter geworden. De artsen moesten onder de druk van de concurrentie van de onderling beheerde fondsen hun macht met de verzekerden delen en het was gebleken dat sommige verzekerden zelf achter de principes van de Maatschappijfondsen stonden: een goede geneeskundige verzorging voor de verzekerden en een goede rechtspositie voor de medewerkers. Deze relatie werd nog verstevigd door de invoering van het Ziekenfondsbesluit en de geest van samenwerking tijdens de oorlog.

De Maatschappijfondsen waren voor 1952 wel het juridisch eigendom van de KNMG geweest, maar in de praktijk werkten artsen, apothekers en verzekerden in de besturen samen om in onderling overleg de fondsen te beheren. De Federatie van Vereenigde Maatschappijfondsen ("V.M.Z.") werd in 1954 dan ook herdoopt in de Federatie van door Verzekerden en Medewerkers bestuurde Ziekenfondsen ("V.M.Z.").<sup>166</sup> Het briefpapier van de Federatie hoefde nauwelijks te worden aangepast. Het was ironisch dat de voormalige Maatschappijfondsen in het vervolg werden aangeduid met Federatiefondsen. Dit was immers vroeger ook de verzamelnaam van de onderling beheerde fondsen van de Landelijke Federatie!

#### *Het COZ; centralisatie en samenwerking bij de ziekenfondsorganisaties*

In 1946 waren er zes ziekenfondsorganisaties:<sup>167</sup>

- de Federatie V.M.Z. met 65 Maatschappijfondsen;
- de CBZ met 43 fondsen. De Landelijke Contactcommissie werd in juli 1946 opgeheven en haar fondsen traden toe tot de CBZ;<sup>168</sup>
- de Bond van R.K.-Ziekenfondsen met vijf fondsen;
- het Overleg van Ondernemingsfondsen, 24 fondsen. Dit waren ziekenfondsen die het personeel van een onderneming verzekerden, zoals de fabrieksfondsen en het spoorwegfonds;
- de Nederlandse Bond van Ziekenfondsen. Deze bond verenigde de dertien commerciële fondsen als het Rotterdamsch Ziekenfonds van de RVS en het NAZ;

- de Organisatie van Algemene Ziekenfondsen, de categorie 'Overige' met negen fondsen.

Van de 154 fondsen waren er in 1946 veertien niet aan een organisatie gebonden. In dat jaar waren er 5.973.450 ziekenfondsverzekerden, vrijwillig en verplicht.<sup>169</sup> De Federatiefondsen verzorgden voor 1.728.607 verplicht verzekerden en voor 1.126.344 vrijwillig verzekerden de ziekenfondsverzekering, 48% van alle verzekerden. Zij bleven de grootste groep vormen. De fondsen van de CBZ verzekerden 27%.

De Federatie, de CBZ, de Nederlandse Bond van Ziekenfondsen en de Organisatie van Algemene Ziekenfondsen besloten op 9 december 1947 tot de stichting van het Centraal Overleg van Ziekenfondsorganisaties, het COZ.<sup>170</sup> In April 1948 sloten de andere organisaties zich bij het COZ aan. De ziekenfondskoepels hadden behoefte aan een permanent overleg, zonder dat zij iets van hun zelfstandigheid wilden opgeven. Zij verbonden zich wel tegen elkaar geen concurrentie- of andere acties te ondernemen, zonder dat het COZ hiervan in kennis gesteld zou worden. De eensgezindheid tussen de organisaties was groot en het optreden van de ziekenfondsen naar buiten werd met het COZ versterkt. Enkele *oude stokpaardjes en strijd-bijlen* werden voorgoed begraven.<sup>171</sup> De samenwerking bleek blijvend en conflicten tussen de organisaties zelf kwamen niet meer voor. Plaatselijke ruzies tussen de fondsen werden meestal door overleg in het COZ geregeld.

Het COZ luidde het begin van de centralisatie bij de ziekenfondskoepels in. Er bleef nog wel voldoende ruimte voor de handhaving van de rooms-katholieke zuil en voor een ideologisch onderscheid tussen de Federatie en de CBZ. De CBZ-fondsen werden nog steeds uitsluitend beheerd door verzekerden, terwijl de Federatiefondsbesturen gemengd waren. In de praktijk werd het verschil tussen deze organisaties steeds kleiner. De ziekenfondsen zelf waren door het Ziekenfondsenbesluit parastatale of privaatrechtelijke organen met publiekrechtelijke taken geworden en verloren met deze COZ-centralisatie nog meer van hun vroegere identiteit als private organisaties.<sup>172</sup> Dit proces riep weerstand op.

De Maatschappijfondsen uit Nijmegen, Venlo en Breda voelden zich niet gelukkig met het streven van de Federatie zich los te maken van de NMG en vonden dat de samenwerking in het COZ te ver ging.<sup>173</sup> Het lidmaatschap van de Federatie zou na de losmaking van de KNMG voor de fondsen verplicht worden en de gedwongen samenwerking van de fondsen in districten vonden zij veel te centralistisch.<sup>174</sup> Zij maakten zich los van de Federatie en richtten op 6 april 1951 koepelorganisatie nummer 7 op: de Stichting Autonome Ziekenfondsen, de SAZ.<sup>175</sup>

De SAZ wilde af van de centralisatie en de overheidsinvloed, ontstaan door de werking van het Ziekenfondsenbesluit en hunkerde naar de tijd van voor 1941. Ziekenfondswetgeving zou alleen maar hoofdlijnen voor een wettelijke regeling van de verzekering moeten geven en de overheid moest zich niet bemoeien met de relatie tussen zorgaanbieders en ziekenfondsen en het afsluiten van de contracten.<sup>176</sup> De SAZ keerde zich tegen de CBZ, in 1951 van naam veranderd tot CBOZ. Het ziekenfondsbestel was *sterk socialistisch geïnfecteerd* en de SAZ wilde daarom een positief christelijke maatschappijhouding invoeren in het ziekenfondsbestel. De fondsen van de SAZ wilden eigenlijk toepassing van het katholieke verzuilingsprincipe van de subsidiariteit bij de Maatschappijfondsen.

De halsstarrige houding van de SAZ-fondsen bracht de verzelfstandiging van de Maatschappijfondsen niet in gevaar. Zij bleven afgescheiden van de Federatie en als laatsten der Mohikanen aangesloten bij de KNMG.<sup>177</sup> De SAZ probeerde zich buiten het overleg van het COZ te houden, maar kwam in de problemen met het afsluiten van contracten met de LHV. In 1954 sloot zij zich in arren moede toch maar bij het COZ aan.

#### *Van COZ naar GOZ en VNZ; over concentratie, administratie en collectivisatie*

De samenwerking in het COZ bleef soepel en hartelijk, totdat de Nederlandse Spoorwegen in 1953 een grote kluit in het hondenkamp van de fondsen wierp. Het Zieken- en Ondersteuningfonds werd opgeheven en het NS-personeel werd onder de verplichte verzekering gebracht. De fondsen mochten 120.000 verzekerden onder elkaar verdelen en de Bond van R.K.-Ziekenfondsen rook zielen.<sup>178</sup> Zij zette haar leden aan tot werfacties en werd daarbij gesteund door de katholieke vakbond. De onderlinge fondsen en de CBOZ lieten zich ook niet onbetuigd en nog eenmaal brak er een ouderwetse ruzie uit om de verzekerden. De ziekenfondsen maakten elkaar het leven zuur en de bodes trokken alle registers open om de spoorwegmensen als hun cliëntèle te ronselen.

De Federatie voelde zich door de CBOZ en de katholieke bond bedrogen, omdat zij hadden afgesproken geen ledenwerfacties te beginnen. De Federatie had zich aan deze afspraak gehouden en stapte uit woede op uit het COZ, zij het tijdelijk. De ruzie om het spoorwegpersoneel werd in 1953 al

bijgelegd en de koepelorganisaties bleven achter de schermen samenwerken. Het COZ werd in juli 1955 omgezet in het Gemeenschappelijk Overleg Ziekenfondsen, het GOZ.<sup>179</sup>

De Bond van R.K.-Ziekenfondsen en de SAZ hielden zich eerst van het nieuwe overleg afzijdig, want de Federatie, de CBOZ en de Organisatie van Algemene Ziekenfondsen spraken bij de oprichting van het GOZ zelfs over fusie tot een landelijke ziekenfondsorganisatie.<sup>180</sup> De Federatie en de CBOZ waren van mening dat tussen hun organisaties nog maar zo weinig praktische onderlinge verschillen waren, dat fusie tussen de organisaties door deze sanering en de historische ontwikkeling logisch werd, afgezien van de efficiencyvoordelen.<sup>181</sup>

Zover kwam het nog niet. De KNMG blokkeerde deze fusie poging. De Maatschappij was bang dat door de invloed van de CBOZ de pariteit van de besturen van de Federatiefondsen in gevaar zou komen en de positie van de medewerkers zou worden verzwakt.<sup>182</sup> Een tweede grote angst van de artsenorganisatie was een te grote invloed van de overheid op de nieuwe ziekenfondsorganisatie.<sup>183</sup>

Verder werd bij de fusie ook gesproken over de vrijheid van de fondsen tot het aantrekken van medewerkers in loondienst. Dit zou de positie van de medewerkersorganisatie bij de onderhandelingen over de overeenkomsten sterk verzwakken en eigen instellingen waren voor de artsen en apothekers nog steeds vloeken in de kerk. De KNMG had weliswaar geen eigendomsrechten meer op de Federatiefondsen, maar was nog machtig genoeg om beslissingen te beïnvloeden en hield de fusie tegen. Unificatie was dus ook in 1956 nog niet mogelijk.

De belangrijkste taken van het COZ en het GOZ waren het bespreken van onderlinge problemen, het onderhandelen over de landelijke medewerkersovereenkomsten en het verzamelen van statistische gegevens. De fondsen en hun organisaties beseften dat zij bij de landelijke contractonderhandelingen gezamenlijk sterker zouden staan tegenover de medewerkersorganisaties als de KNMP en de KNMG. Uiteindelijk gooiden de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en de SAZ hun bezwaren tegen het GOZ overboord en traden op 1 april 1964 tot het GOZ toe.

Het praktisch werk van het GOZ werd in 1956 ondergebracht bij het Gemeenschappelijk Bureau Ziekenfondsorganisaties, het GBZ.<sup>184</sup> Dit bureau zorgde voor alle adviezen, rapporten en statistieken voor de ziekenfondsverzekering. In 1967 werd de Stichting Centrale Begeleidings Commissie voor Medische Controle of CBC opgericht. Deze commissie adviseerde de ziekenfondsen bij de instelling van uniforme medische controles en stond de adviserend geneeskundigen van de fondsen bij.

De automatisering van de ziekenfondsadministratie werd vanaf 1970 steeds belangrijker. De GOZ-Stichting Organisatie en Automatisering, de SOAZ, uit 1971 was bedoeld om bij de ziekenfondsen een landelijke afstemming te krijgen voor de aanschaf van automatiseringsapparatuur en de ontwikkeling van automatiseringssystemen. Naast de SOAZ werd het Landelijk Informatie-Systeem voor Ziekenfondsen ingericht voor gegevensoverzichten voor de intramurale en medisch-specialistische sector. De automatisering van een aantal ziekenfondsen in Midden-Nederland werd onder de hoede van de SOAZ in 1972 ondergebracht bij het Centrum voor Informatieverwerking van de Nederlandse Spoorwegen in Utrecht. Dit samenwerkingsverband, voornamelijk bestaand uit fondsen uit Utrecht en Amersfoort, heeft tot 1988 bekend gestaan als de CVI-groep.

Met de SOAZ brak de automatisering definitief bij de ziekenfondsen door. Het was de tijd van de grote batchverwerking van de verzekerden- en declaratiegegevens op mainframesystemen. De medewerkers van de administraties kregen te maken met het grootschalig verwerken van ponsmutaties en het gebruik van microfiches voor het opzoeken van gegevens. De decimetersdikke en kilo's zware computeruitdraaien werden berucht. Fiches en uitdraaien werden later vervangen door terminals en pc's.

Met het succes van het GOZ, het CBC, de SOAZ en het LISZ werden de schotten tussen de ziekenfondskoepels steeds dunner. Sinds 1970 werd succesvol gesproken en onderhandeld over fusie. Geloofsopvattingen of politieke richting speelden een steeds kleinere rol. De ontzuiling zorgde ervoor dat de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en de SAZ ook tot fusie met de Federatie en de CBOZ bereid waren. In 1971 doken de CBOZ en de Bond van R.K.-Ziekenfondsen als organisaties van onderling beheerde fondsen het eerst in het diepe met hun fusie tot de Unie van Ziekenfondsen. De Unie stond onder leiding van J.P.M. Hendriks, de voorzitter van de katholieke ziekenfondsenbond en J. Anbeek, directeur van het ANOZ en voorzitter van het CBOZ.<sup>185</sup>

De volgende, totale fusie deed zich voor op 22 september 1976 met de samenvoeging van de Unie en de overgebleven organisaties tot de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, de VNZ. De aanleiding was de Structuurnota Gezondheidszorg van Hendriks uit 1974. Hendriks, voor het kabinet-Den Uyl aangetrokken als staatssecretaris van Volksgezondheid, sprak zich in deze nota uit voor indeling van de gezondheidszorg en de ziekenfondsverzekering in regio's, die ieder minimaal 200.000 verzekerden groot zouden moeten zijn. De concentratie van ziekenfondsen zou versterkt worden, want

het werd uitgesloten dat er in werkgebieden meer ziekenfondsen actief zouden mogen zijn. Deze regionalisatie maakte dat één landelijke ziekenfondskoepel voldoende zou zijn voor de belangenbehartiging van alle ziekenfondsen.

De collectivisatie van de ziekenfondsorganisaties was daarmee volkomen. In 1956 kon de KNMG nog een machtswoord spreken en haar wil opleggen, in 1976 bepaalden de ziekenfondsen en hun organisaties zelf wat zij wilden. Het emancipatieproces van de ziekenfondsen tegenover de artsen en hun organisatie was voltooid en tussen de ziekenfondsen zelf bestonden nauwelijks verschillen meer. Dit proces werd versneld door de regelgeving van de overheid, waardoor de fondsen zich praktisch niet meer van elkaar konden onderscheiden en de verzekerde bij ieder fonds dezelfde verzekering genoot. De katholieke ziekenfondsen hadden door de ontzuiling steeds minder bestaansrecht gekregen en de zin van de ideologische strijd tussen de onderling beheerde fondsen en de Federatiefondsen was verdwenen door de emancipatie van de verzekerden in de besturen van de voormalige Maatschappijfondsen.

De concentratie van de fondsen kon verdergaan met de inrichting van regionale werkgebieden, een doelstelling die ook door de VNZ gepropageerd werd. De ideeën uit het Unificatierapport, de opvattingen van Van der Does en alle andere visies over concentratie zouden uiteindelijk kunnen uitkomen. Zeker in Midden-Nederland.

#### *Overheidsbeleid en gezondheidszorg sinds 1974; regionalisatie- en concentratiegedachten*

Hendriks had tijdens de formatie van het kabinet-Den Uyl in 1973 zijn plannen voor de gezondheidszorg duidelijk gemaakt. Deze bestonden uit de invoering van een volksverzekering tegen ziektekosten, afremming van de groei van de ziekenhuisverpleging en het uittrekken van meer geld voor de eerstelijnsgezondheidszorg.<sup>186</sup>

De ideeën waren goed, maar Hendriks kreeg nul op het rekest. Zijn plannen tot vermindering van het aantal bedden en een personeelsstop bij de ziekenhuizen riepen zo veel protesten en demonstraties op, dat deze voorlopig in de ijskast verdwenen. Zijn volksverzekering kwam er niet omdat hij in het kabinet verschil van mening kreeg met de minister van Financiën, Duisenberg. Deze vond Hendriks' berekeningen onvolledig en hij wilde dat de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg kon worden beheerst, voordat over een volksverzekering gesproken werd. Voor deze beheersing was een pakket wetten nodig, bestaande uit een Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en een Tarievenwet.<sup>187</sup>

Beheersing en herstructurering van de gezondheidszorg kregen nu in de politiek prioriteit en de beleidslijnen daarvoor werden geformuleerd in de Structuurnota. Deze wordt beschouwd als de eerste nota van de Nederlandse overheid, gericht op een samenhangend beleid voor de hele gezondheidszorg.<sup>188</sup> De nota sloot aan op de politieke visie uit de jaren zeventig, waarin de overheid door wetgeving en uitbreiding van de taken van overheidsdiensten haar werkzaamheid op particulier terrein ten koste van het hele maatschappelijk middenveld trachtte uit te breiden. De stijgende kosten van de gezondheidszorg moesten worden beheerst als deel van de maatregelen om de tekorten op de overheidsbegrotingen terug te dringen.

De rol van de overheid zou worden versterkt ten koste van die van de organisaties van het maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg als de belangenorganisaties van de ziekenhuizen, de medewerkers en de ziekenfondsen. De overheid diende de algemene lijnen en normen binnen de gezondheidszorg vast te stellen en de groei van de voorzieningen, van de instellingen en van de beroepsbeoefenaren zou volgens een planningsregime moeten worden beheerst. De invloed van de overheid op overeenkomsten tussen de ziekenfondsen en medewerkers zou moeten worden vergroot voor een betere controle op de prijsvorming. De gezondheidszorg diende daarom te worden georganiseerd in regionale zorgstelsels met twee echelons: de eerste lijn met de huisarts als centrale figuur en de tweede lijn met de instellingen voor specialistische zorg. Deze indeling zou de kosten beheersbaar houden, doelmatiger maken en zou beter zijn voor de patiënt. De patiënt kon door de inrichting van de eerste lijn een betere zorg dichterbij huis geboden worden.

Regionalisatie van de organisatie, van de uitvoering en van de verzekering van de gezondheidszorg was geen nieuw thema. Het was een van de uitgangspunten van het Unificatierapport en Van der Does was hiervoor tijdens de bezetting een warm pleitbezorger. Voor de ziekenfondsverzekering met haar werkgebieden was regionalisatie eigenlijk een vanzelfsprekend gegeven. In de vijftiger jaren werd voortdurend gedebatteerd over de vorming van districten voor de gezondheidszorg met eigen bevoegdheden en samenvoeging van de fondsen in een regio.<sup>189</sup>

De Studiecommissie Ziekenfondsverzekering van de Ziekenfondsraad deelde in 1958 Nederland in in 42 werkgebieden. De criteria voor deze werkgebieden waren de aanwezigheid van medische centra met voldoende specialismen, de bevolkingsconcentratie en de geografische situatie. Binnen een

dergelijk werkgebied zou één ziekenfonds voldoende zijn. De koppeling van verzekering, middelen en voorzieningen op regionaal niveau werd daarna verder uitgewerkt in de jaren zestig en zeventig.<sup>190</sup> De standpunten liepen uiteen van vrijwillige afspraken over de verdeling van ziekenhuisbedden en nazorgregeling na ziekenhuisopname door kruisverenigingen tot volledig overheidsdirigisme voor de hele gezondheidszorg. Bij deze discussies lag de nadruk op de beheersing van de ziekenhuisexpansie door regionale budgetsystemen.<sup>191</sup>

Concentratie in regio's of werkgebieden werd sinds de presentatie van de Structuurnota een van de hoofdthema's in de discussies over herstructurering van de gezondheidszorg. De voordelen van concentratie zijn duidelijk: betere communicatie, kostenbeheersing en betere spreiding van de voorzieningen.

Het uitvoeren van de concentratie werd vergemakkelijkt door de ontzuiling. De verzuiling had de gezondheidszorg tot in de zestiger jaren verdeeld in confessionele en algemene ziekenhuizen, kruisverenigingen, wijkcentra, tot aan confessionele verenigingen voor jeugd tandzorg toe. De ontzuiling maakte het voor de besturen van deze instellingen gemakkelijker toe te geven dat de kosten van de voorzieningen voor de eigen zuil eigenlijk niet meer op te brengen waren. Samenwerking tussen confessionele en algemene voorzieningen werd mogelijk. Kruisverenigingen werden op plaatselijk en streekniveau samengevoegd. Ziekenhuizen fuseerden en concentreerden zich in efficiëntere nieuwbouw, vaak op gunstiger lokaties.

De concentratietendens werd ook bij de verzekering versterkt. Het regionalisatieproces begon in Twente met de vorming van het Regionaal Ziekenfonds Twente in 1975. De ziekenfondsen in Amsterdam, Utrecht en Rotterdam gingen samen. Fondsen fuseerden op gewestelijk niveau, zoals de Rijnmondfondsen in Schiedam, Vlaardingen en Maassluis met de ziekenfondsen in het Westland en Delft tot DSW. In Friesland en Groningen ontstonden met de Friesland en RZG combinaties van Maatschappijfondsen en onderling beheerde fondsen.

De concentratie en regionalisatie in de gezondheidszorg versnelde na de afkondiging van de Structuurnota en beleefde op 26 mei 1981 een ideologisch hoogtepunt met de aanvaarding door de Tweede Kamer van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, de WVG. Deze wet werd al in 1971 als voorontwerp gepresenteerd, in 1976 ingediend door Hendriks en onder diens diens opvolger E. Veder-Smit uit het kabinet-Van Agt 2 door de Tweede Kamer geaccepteerd.

De WVG was bedoeld om de overheid de ontwikkelingen in de gezondheidszorg op de lange termijn beter te laten beheersen door regionale planning. De provincies en de gemeentes kregen de taak in hun gebied een planning van de gezondheidsvoorzieningen op te stellen. Deze planning moest dan worden afgestemd op een rijksplan. Volgens de WVG zou de overheid kunnen gaan werken aan een vestigingsbeleid voor de beroepsbeoefenaren door met een vergunningenstelsel de omvang en de spreiding van de praktijken te reguleren. Democratisering van de gezondheidszorg was naast planning een belangrijk onderdeel van de Wet. Patiëntenraden zouden moeten worden opgericht en het klachtenrecht werd uitgebreid.

De WVG werd geen succes. In 1987 werd met de invoering van de Wet gestopt. Zij zou een grote groei van de overheidsinvloed ten koste van de autonomie van het maatschappelijk middenveld tot gevolg hebben, terwijl deze visie in het maatschappelijk denken juist op haar retour was. De algemeen secretaris van de VNZ, De Vries, waarschuwde in 1980 al voor verregaande bureaucratie.<sup>192</sup> *Integrale planning van de gehele gezondheidszorg met veel decentralisatie* bleek in 1987 ingewikkeld, te omvangrijk en achterhaald.<sup>193</sup> De politieke en publieke opinie zouden in de volgende jaren de voorkeur geven aan andere opvattingen om greep te houden op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

#### *Kostenbeheersing door het maatschappelijk middenveld of door de overheid?*

De pogingen van de overheid om greep te krijgen op de prijsvorming in de gezondheidszorg werden na de introductie van de Structuurnota versterkt, maar de overheid beschikte al sinds 1949 met de Ziekenfondsraad over een instelling om de tarieven te reguleren. Deze werden tussen de ziekenfondsorganisaties en de zorgaanbieders besproken en vastgelegd in de overeenkomsten. De Ziekenfondsraad moest deze contracten goedkeuren, maar dit recht werd nooit gebruikt als kostenbeheersingsinstrument. De ziekenfondsen kregen hun uitgaven volledig uit de centrale kas vergoed en maakten zich niet al te druk over de kosten. De tarieven lagen meestal in de buurt van de wensen van de zorgaanbieders.<sup>194</sup> De eerste poging tot kostenbeheersing kwam desondanks toch uit het maatschappelijk middenveld en werd gedaan door de ziekenfondsen en de ziekenhuizen, niet door de overheid.

De kostenstijging in de ziekenhuissector was voor de ziekenfondsen, samenwerkend in het GOZ, en de Stichting Het Nederlands Ziekenhuiswezen in 1960 aanleiding om te proberen een gedragslijn op te stellen voor verbetering en stroomlijning van hun relatie. Dit gold met name voor het in onderling overleg vaststellen van de verpleegtarieven.<sup>195</sup> De ziekenfondsen streefden naar beheersing van de kosten van de ziekenhuisverpleging om de tekorten bij de vrijwillige verzekering terug te dringen. Op 21 maart 1961 werd een overlegcommissie geïnstalleerd voor het ontwerpen van richtlijnen voor plaatselijk overleg voor deze tarieven. Het uiteindelijke resultaat van de besprekingen werd op 20 november gepresenteerd.

De ziekenfondsen- en ziekenhuisorganisaties stelden een Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven voor. Dit COZ zou verantwoordelijk moeten zijn voor het vaststellen van richtlijnen voor de berekening van verpleegtarieven en de in onderling overleg afgesproken verpleegprijzen moeten toetsen. Dit orgaan zou verpleegprijzen arbitrair moeten opleggen als dit overleg zou mislukken. Het bestuur van het COZ zou moeten bestaan uit *een pariteit van vijf tegen vijf* met drie onafhankelijke deskundigen.<sup>196</sup> Natuurlijk moest over deze pariteit nog wat worden geruzied, want de betrokken organisaties, verzuilde en niet-verzuilde, wilden allemaal een eigen vertegenwoordiger. De gemoederen werden gesust door het verdubbelen van het aantal bestuurszetels. Veldkamp, de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, stemde met het initiatief in en deelde mee dat hij de regeling zou bekrachtigen met een wet. De stichtingsacte van het COZ werd op 20 september 1962 notarieel verleden.

Het COZ was een initiatief van het maatschappelijk middenveld, waarin zou worden deelgenomen door de overheid. Het was een landelijke commissie die niet alleen bestond uit de ziekenhuizen en de ziekenfondsen, maar waarin ook drie zetels voor de particuliere ziektekostenverzekeraars waren gereserveerd. Dit was nieuw. De ziektekostenverzekeraars werden bij het COZ betrokken, omdat de kostenbeoordeling en de tariefstelling betrekking zouden hebben op de totale kosten van de ziekenhuisverpleging, ook die van de niet-ziekenfondsverzekerden. De verzekeraars hadden via het KLOZ zelf om deelname gevraagd.<sup>197</sup>

De start van het COZ was moeizaam. De Kamerbehandeling van de Wet Ziekenhuistarieven duurde lang, waardoor in november 1964 werd besloten om alvast met de opbouw van het bureau te beginnen. Bij het vaststellen van nieuwe verpleegtarieven hield men zich aan door het ministerie gehanteerde richtlijnen. De ziekenfondsen en de ziekenhuizen tekenden na goedkeuring door de Ziekenfondsraad in augustus 1965 een nieuwe modelovereenkomst, die als richtlijn voor de tariefstelling bij de plaatselijke contracten zou dienen. Het COZ kreeg op 25 mei 1965 erkenning met de aanvaarding van de Wet Ziekenhuistarieven. Het eerste landelijke tarieforgaan werd nu ook erkend door de overheid.

Het COZ mocht zich uitsluitend bemoeien met de intramurale tarieven, zoals ziekenhuisverpleging, verpleging van chronisch zieken en ambulancevervoer. In 1973 wist het de instellingen te overtuigen van het nut van besparingen en kon een tariefsverlaging worden doorgevoerd.<sup>198</sup> Het COZ kon echter geen invloed uitoefenen op de kostenbeheersing van de hele gezondheidszorg en in de jaarverslagen werd herhaaldelijk aangedrongen op een actievere rol van de overheid, die de financiële grenzen van de zorg moest aangeven. De overheid moest voor een werkelijke kostenbeheersing de nadruk leggen op *capaciteitsbeheersing, de bepaling van het niveau van de zorg en normering van het medisch handelen*.<sup>199</sup> Dit was een noodkreet uit 1974 waarvan de strekking ook in 1997 nog geldt!

Pas in 1977 kwam Volksgezondheid met het eerste Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg, het FOG, als bijlage bij de begroting van Volksgezondheid. Dit FOG, later Financieel Overzicht Zorg, FOZ, zou op den duur de kostennormen voor de zorg aangeven. In 1979 werden de COZ-tarieven getoetst aan het FOG. Met deze toetsingsmethodiek werden nieuwe termen geïntroduceerd als herallocatie en beheersing van de volumegroei.<sup>200</sup> De rol van economen en bedrijfskundigen werd voor de gezondheidszorg steeds belangrijker.

Het COZ functioneerde goed, maar de politiek wilde de controle op de tarieven uitbreiden tot de hele gezondheidszorg. Staatssecretaris E. Veder-Smit diende in 1979 de Wet Tarieven Gezondheidszorg in, de WTG. Het COZ werd volgens deze wet in 1982 vervangen door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, waardoor de invloed van de overheid op de tarieven werd vergroot en de directe invloed van de koepelorganisaties werd verminderd.

Het COTG kreeg in 1982 de opdracht alle tarieven in de gezondheidszorg vast te stellen en te controleren, niet alleen van de intramurale sector, maar ook van de eerste lijn zoals bij de huisartsen, de farmaceutische en tandheelkundige zorg.<sup>201</sup> Het bestuur van dit orgaan werd zodanig ingericht, dat het geen statutaire bindingen had met ziekenhuis- of ziekenfondsorganisaties.<sup>202</sup> De bestuursleden konden wel afkomstig zijn uit organisaties uit de gezondheidszorg, maar zij mochten vanaf het moment van intreden in het college geen rechtstreekse bindingen meer hebben met deze organisaties.<sup>203</sup> Bij het bestuur van het oude COZ was deze vertegenwoordiging juist regel.

De vaststelling van en de controle op de tarieven in de gezondheidszorg werd door de instelling van het COTG losgekoppeld van de onderhandelingen tussen de verzekeraars en de zorgaanbieders. De relatie artsen-ziekenfondsen veranderde, omdat zij als maatschappelijk middenveld een deel van hun bevoegdheden aan de overheid moesten afstaan. De Ziekenfondsraad verloor ook een deel van zijn macht. De raad moest de modelovereenkomsten nog wel goedkeuren, maar de eindbeslissing over de honoraria en de tarieven lag in het vervolg bij het COTG.

De ziekenfondsen en de zorgaanbieders richtten zich in het vervolg naar de COTG-richtlijnen. Het COTG kon minimum- en maximumtarieven voorschrijven, maar in de praktijk kwam het erop neer dat de maximumtarieven werden gehanteerd. De voorschriften van het COTG boden ruimte voor differentiatie in de prijsstelling voor de gezondheidszorg, maar deze werd niet gebruikt door het ontbreken van prikkels. De overheid introduceerde daarom op initiatief van mevrouw M.H.M.F. Gardeniers-Berendsen, minister van Volksgezondheid in het kabinet-Van Agt 2, in 1982 als kostenbeheersingsmethodiek de budgettering in de gezondheidszorg.<sup>204</sup> De academische en algemene ziekenhuizen kregen voor ieder begrotingsjaar een beperkt budget toegewezen, dat zij naar eigen inzicht konden gebruiken.

Concentratiebeleid, regeling van de ziekteverzekering, regionalisatie, budgettering en tariefstelling zijn middelen om vraag, aanbod en kwaliteit in de gezondheidszorg te controleren. De kleine stelselwijziging van de WTZ was een adhoc bezuinigingsmaatregel. De in de jaren '80 beruchte receptenknaak en het specialistengeeltje zijn eveneens voorbeelden van dit soort incidentele maatregelen als pogingen tot het invoeren van eigen bijdragen bij de geneesmiddelenverstrekking en specialistische hulp. Zij bezorgden de ziekenfondsen, de apothekers en de specialisten veel administratieve rompslomp en verdwenen uiteindelijk weer. De WVG was in 1987 ingetrokken, omdat totale planning van de gezondheidszorg als niet uitvoerbaar werd gezien. Politiek en maatschappij wilden een administratieve en financiële reorganisatie van de hele gezondheidszorg, waardoor deze nog beter bereikbaar zou zijn, meer effect zou sorteren en betaalbaar moest blijven. De ontwikkelingen rond de Grote Stelselwijziging stonden voor de deur.

#### *De Grote Stelselherziening; Dekker en weer terug?*

Het eerste rapport dat de aanzet tot deze veranderingen zou moeten geven kwam van de commissie *Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, de Commissie-Dekker, in maart 1987.<sup>205</sup> De basisprincipes van dit rapport beïnvloedden tot op de huidige dag de discussies over en de wijzigingen van de financiering van de zorg, de werking van de zorgverzekering en daardoor de relatie artsen-ziekenfondsen. Zij zijn gebaseerd op de toenmalige politieke visies van de terugtrekkende overheid met deregulering, decentralisatie en privatisering, meer zelfstandigheid van de burger, beperking van de overheidsuitgaven en bezuiniging op de sociale zekerheid.

Deze principes zijn een basisverzekering met een aanvullend pakket, gefinancierd door procentuele en aanvullende nominale premies, te verdelen via een centrale kas, geen verschil tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering, maar wel eigen bijdrages en eigen risico's in het basispakket. Verstrekkingen als tandheelkunde en fysiotherapie zouden buiten het basispakket vallen en kunnen worden bijverzekerd. Het schot tussen de particuliere ziektekostenverzekering en de verplichte verzekering zou moeten verdwijnen. De ziekenfondsen kregen de vrijheid zelf hun werkgebied te vast te stellen, terwijl de verzekerden op hun beurt vrij werden in de keuze van het ziekenfonds. *Prikkels tot marktgericht gedrag en het vergroten van vrijheden en keuzemogelijkheden* moesten het stelsel van de gezondheidszorg doelmatiger en flexibeler maken.<sup>206</sup> De ziekenfondsen zouden drie instrumenten moeten krijgen om dit te bereiken:<sup>207</sup>

- opheffing van de contracteerplicht en het recht op eigen voorwaarden overeenkomsten te sluiten met *preferente zorgverleners*;<sup>208</sup>

- het recht voor de inrichting van eigen instellingen en de aanstelling van medewerkers in loondienstverband door de opheffing van de wettelijke scheiding verzekeraar-zorgaanbieder;

- de mogelijkheid van substitutie, het vervangen van een zorgvorm door een andere als deze effectiever en goedkoper is.

Het vervallen van de contracteerplicht, de vrijheid van werkgebied en het recht op eigen instellingen vormden een breuk met de traditie van het Ziekenfondsenbesluit en zou de relatie artsen-ziekenfondsen drastisch kunnen veranderen.

Dekker stelde dat zijn ideeën in zijn geheel overgenomen moesten worden, anders zouden zij geen effect sorteren. Naar goede oude ziekenfondswettraditie gebeurde dit dus niet, want de meningen van de betrokken partijen waren verdeeld. De politiek vond dat zij zelf kon uitmaken wat zij met het plan-Dekker moest doen. Lubbers en de staatssecretaris van Volksgezondheid D.J.D. Dees wilden het

rapport gebruiken om de patstelling in de gezondheidszorg en de ziekenfondsverzekering te doorbreken. De apothekers, de fysiotherapeuten en de tandartsen keurden de voorstellen zonder meer af. De VNZ stemde in. De meeste ziekenfondsen waren niet direct afwijzend, zij lonkten naar een nauwere samenwerking met hun bovenbouw.<sup>209</sup> Sommige verzekeraars als het AZIVO waren wel tegen. Zij vonden te weinig solidariteit in het plan-Dekker terug, het oude principe van de ziekenfondsverzekering.

Dees en zijn opvolger Simons voerden de volgende jaren onderdelen uit het plan-Dekker aangepast door. Verstrekkingen uit het ziekenfondspakket werden overgeheveld naar de AWBZ, die tot de nieuwe basisverzekering zou kunnen worden uitgebouwd. Op 1 januari 1989 werd de Ziekenfondswet uitgebreid met een nominale premie en de ziekenfondsen kregen een beperkte budgettering opgelegd. De uitvoeringsstructuur van de AWBZ werd aangepast doordat ziektekostenverzekeraars ook Verbindingskantoor werden. De AWBZ werd aangevuld met psychiatrie en hulpmiddelen.

De overheveling van verstrekkingen van de Ziekenfondswet naar de AWBZ moest een aantoonbare bijdrage aan de kostenbeheersing leveren.<sup>210</sup> Verplicht en particulier verzekerden zouden daarbij een gelijk aandeel moeten leveren. Simons probeerde in 1991 huisartsenhulp en kraamzorg in de AWBZ onder te brengen, maar door tegenwerking van de Eerste Kamer moest hij daarvan afzien. De geneesmiddelenverstrekking werd voor particulier en ziekenfondsverzekerden door de overheveling naar de AWBZ wel gelijkgeschakeld en in het vervolg vergoed via het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem, GVS. De kosten van de receptuur bleven ondanks het GVS stijgen.

De nominale premie voor de Ziekenfondswet was in 1989 landelijk uniform. Vanaf 1991 konden de fondsen deze zelf vaststellen. Zij werden ook geconfronteerd met genormeerde budgetten en de mogelijkheid tot financiële risico's in hun beheerskosten. Deze risico's zouden moeten worden gedekt met de opbrengst van de nominale premies en werden steeds groter. De fondsen konden in het vervolg reserves vormen. 1991 was ook het jaar van de afschaffing van de contracteerplicht voor vrije beroepsbeoefenaren, de opheffing van de verplichte werkgebieden en een grotere vrijheid van de verzekerden in zijn keuze van het ziekenfonds.

Bij de AWBZ werd ook een nominale premie ingevoerd. De invoering van een eigen risico werd mogelijk gemaakt. De verzekeraars werden voor deze wet gebudgetteerd en de AWBZ-contracteerplicht voor de vrije beroepsbeoefenaren, de hulpmiddelen en de revalidatie werd net als voor de ziekenfondsverzekering afgeschaft.

In 1992 werden de ontwikkelingen door de politiek geëvalueerd. Het kabinet-Lubbers 3 besloot pas op de plaats te maken en de knelpunten van de ontwikkelingen te bekijken. Het kabinet vond dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorgverlening berustte bij de besturen en directies van de zorginstellingen en de vrije beroepsbeoefenaren.<sup>211</sup> De zorgverzekeraars moesten zorgen voor volume en spreiding van de zorg, terwijl de overheid zichzelf verantwoordelijk stelde voor de toegankelijkheid. Het stelsel moest gebaseerd blijven op solidariteit. Verzekerden, zorgaanbieders en verzekeraars hadden ieder hun verantwoordelijkheid bij het realiseren van kostenbesparingen.

In een brief van 8 juni 1993 aan de Tweede Kamer twijfelde de regering of het gebruik van de AWBZ wel de manier was om een basisverzekering te realiseren. Zij wilde eerst de uitwerking van budgettering bestuderen en streven naar het invoeren van *meer prikkels voor gepast gebruik*, zoals eigen bijdragen en polissen met eigen risico's.<sup>212</sup> Dit wilde de regering bereiken door verstrekkingen uit de verplichte verzekering te lichten en ter verzekering aan de fondsen zelf over te laten. De tandheelkundige verzorging werd voor de verplicht verzekerden met ingang van 1 januari 1994 beperkt tot controle en jeugd tandzorg. Hun ziekenfondsen boden hen daarvoor speciale polissen of breidden hun aanvullende verzekeringen uit. Hetzelfde gebeurde in januari 1997 met fysiotherapie.

Het kabinet-Kok, aangetreden in 1994, zag uiteindelijk af van plannen tot grootschalige stelselherzieningen. De coalitiepartners, de PvdA, de VVD en D'66, besloten tot verbetering en aanpassing van het bestaande stelsel.<sup>213</sup> Zij waren van mening dat dit goed functioneerde en naar Europese maatstaven toch niet te duur was. De principes voor het beleid van dit kabinet waren een nieuw evenwicht tussen collectieve en individuele verantwoordelijkheden, grotere financiële verantwoordelijkheden voor verzekeraars, zorgaanbieders en de verzekerden en een geleidelijke convergentie of samensmelting van de ziekenfondsverzekering en de ziektekostenverzekering.

E. Borst-Eilers, de minister van Volksgezondheid, ging in de vorm van een stap-voor-stap politiek door met ontwikkelingen van de voorgaande jaren, maar maakte veranderingen ook weer ongedaan.<sup>214</sup> Het kabinet besloot tot de invoering van een verplicht eigen risico voor ziekenfondsverzekerden en particulieren van f 200. De overhevelingen van Simons en Dees van de Ziekenfondswet naar de AWBZ werden weer teruggedraaid. Farmaceutische hulp, revalidatie, hulpmiddelen, audiologische hulp en erfelijkheidsonderzoek zitten vanaf 1 januari 1996 weer in het verstrekkingenpakket van de

Ziekenfondswet. De contracteervrijheid, de vrijheid van de keuze van werkgebied en de financiële verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars werden gehandhaafd als elementen, die een beperkte marktwerking in de zorgsector moeten brengen.

*Marktwerking, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, 1987-1996; succes of een dode mus?*

De zorginstellingen, beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars zijn onder invloed van de beperkte marktwerking gaan denken in termen van ondernemerschap. Dit ondernemerschap komt bij de zorgverzekeraars tot uiting door het zelf aanbieden van verzekeringen ter dekking van de verstrekkingen, die niet meer door de Ziekenfondswet worden vergoed. Sinds 1988 zijn vele ziekenfondsen gefuseerd of strategische samenwerkingsverbanden aangegaan met verzekeringsmaatschappijen. Bekende voorbeelden van fusies zijn die van de Brabantse en Zeeuwse fondsen tot de OZ-groep en de CZ-groep, de fusie van het RZMN en A&O tot het latere ANOVA en de vorming van de AGA/ANOZ-groep. Samenwerkingsverbanden met verzekeringsmaatschappijen zijn de vorming van de UNIVÉ en het GEOVÉ, de fusies van het Zilveren Kruis met Centraal Beheer en een fonds als het vroegere SZR, de samenwerking tussen ANOVA en de UAP en van DSW met Stad Rotterdam Verzekeringen. Verzekeringsmaatschappijen als de OHRA, het Zilveren Kruis en Nationale-Nederlanden richtten zelf ziekenfondsen op, soms in samenwerking met bestaande ziekenfondsen.

De ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars zijn na 1987 door deze samenwerking al begonnen met een kleine convergentie als voorloper op de door minister Borst-Eilers gewenste grote convergentie, de samenvoeging van ziektekosten- en ziekenfondsverzekering. Na 1945 was de relatie tussen de ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars gegroeid door de oprichting van de bovenbouwverzekeringen en de samenwerking in de KLOZ en de NOZ. De VNZ en de KLOZ gingen in 1994 op in de nieuwe brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland, ZN: de definitieve bezegeling van de samenwerking tussen ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen, waardoor beide ziekteverzekeringvormen kunnen worden benoemd met de term zorgverzekering, uitgevoerd door zorgverzekeraars. Het oude begrip ziekenfondsen is aan het verdwijnen.

Deze relatie werd door deze fusies en nieuwe aanvullende verzekeringen nog sterker als teken van de verzakelijking van de zorgverzekeraars. De verandering van de ziekenfondsverzekering in zorgverzekering werd versterkt door de nieuwe collectieve verzekeringscontracten, die de samenwerkende zorgverzekeraars aan werkgevers aanboden. Bij deze collectieve contracten werd de dekking van de ziekenfondsverzekering door aanvullende verzekeringen vrijwel aan die van de particuliere verzekering gelijkgesteld. Deze contracten boden groepen goede risico's verzekeringen tegen lagere premies, terwijl verzekerden uit andere risicogroepen hogere premies betaalden. De solidariteit van de ziekenfondsverzekering wordt door deze verzakelijking doorbroken, de ziekenfondsen als afzonderlijke sector zijn sinds 1987 aan het verdwijnen. Dit is in tegenstelling tot de opvattingen van staatssecretaris Van der Reijden uit de tijd van de WTZ, die in 1986 ziekenfonds- en particuliere ziektekostenverzekering nog strict gescheiden wilde houden.

De concurrentie tussen de zorgverzekeraars bleef ondanks de vrijheid van werkgebied, de opheffing van de contracteerplicht en de groeiende eigen financiële verantwoordelijkheid beperkt. De Ziekenfondsraad constateerde in 1995 dat de zorgverzekeraars tegen de zorgaanbieders onvoldoende vuist konden maken, zelfs in de voormalige werkgebieden.<sup>215</sup> De tarieven in de contracten met de beroepsbeoefenaren kwamen ondanks de contracteervrijheid nergens beneden het COTG-maximumtarief. Er was geen concurrentie en dus geen prijzenslag.<sup>216</sup> De zorgaanbieders richtten zich op het behoud van hun positie en hadden zich daarvoor georganiseerd. De zorgverzekeraars hadden evenwel geen of weinig mogelijkheden tot substitutie. Huisartsenzorg, specialistische hulp of tandheelkundige zorg konden niet door andere vormen van zorg worden vervangen en zorgverzekeraars bleven gedwongen tot de aanvaarding van de voorwaarden van de medewerkersorganisaties bij de contractonderhandelingen.

De Ziekenfondsraad en de overheid waren het met elkaar eens dat moest worden voorkomen dat *partijen de publiekrechtelijk geschapen vrijheid langs private weg beperken*.<sup>217</sup> De koepelorganisaties van zorgaanbieders en -verzekeraars zorgden in hun onderhandelingen voor een sluitend stelsel van medewerkersovereenkomsten, waardoor onderlinge mededinging werd beperkt.

Zorgverzekeraars Nederland klaagde als verzekeraarskoepel dat de prijsvorming en de capaciteit in de zorg nog altijd centraal werden vastgesteld en gereguleerd via het COTG.<sup>218</sup> Zij stelde wel vraagtekens bij de praktische waarde van contracteren bij landelijk werkende verzekeraars. De bestaande manier van regulering bood voldoende zekerheden voor de verzekerden dat zij de wettelijk voorgeschreven zorg kregen. Deze verzekeraars hadden logistieke problemen met het afsluiten van individuele

medewerkersovereenkomsten in het kader van de landelijke overeenkomsten. Het systeem werkte het beste bij de zorgverzekeraars, die in hun vroegere werkgebied actief bleven.<sup>219</sup>

Het overeenkomstenstelsel bood na de opheffing van de contracteerplicht niet de kostenbesparende zegeningen van de marktwerking, die de Ziekenfondsraad en de overheid zich hadden voorgesteld. Het wettelijk uitgangspunt van het stelsel bleef en blijft dat zorg uitsluitend ten laste van de centrale kassen van de Ziekenfondswet en de AWBZ kan worden verleend op basis van schriftelijke medewerkersovereenkomsten, waarin afspraken over kwaliteit, volume en doelmatigheid van de zorg zijn vastgelegd. De marktwerking had wel effect op de verzakelijking van de zorgverzekeraars en de uitvoering van de zorgverzekering zelf.

*Artsen, ziekenfondsen, overheid en het beleid in de gezondheidszorg na 1945; een evaluatie*

De verhouding artsen-ziekenfondsen wordt na 1945 mede bepaald door de vrijheid die de overheid hun gunde bij de vaststelling en uitvoering van hun eigen beleid als spelers op het maatschappelijk middenveld. De periode 1945-1996 kent drie periodes:

- 1945-1974: de tijd, waarin de overheid de artsen en de fondsen in hun relatie en bij de ontwikkeling van eigen beleid min of meer vrijliet en nog niet uitging van een samenhangend beleid voor de hele gezondheidszorg;

- 1974-1987; de periode waarin de overheid voor zichzelf een centrale rol opeiste, streefde naar planning en beheersing van de ontwikkeling van de gezondheidszorg en een betere controle op de prijsvorming. De vrijere rol van de ziekenfondsen en zorgaanbieders als leden van het maatschappelijk middenveld werd teruggedrongen;

- 1987-1996; het tijdvak, waarin de overheid en het maatschappelijk middenveld zoeken naar een nieuw evenwicht tussen meer verantwoordelijkheid en zelfstandigheid voor de ziekenfondsen, de zorgaanbieders en hun belangenorganisaties en de controlerende en regelgevende rol van de overheid; 1945-1974 was de bloeitijd van de ziekenfondsorganisaties. De status van de ziekenfondsen bleef na 1945 die van uitvoeringsorgaan, maar zij behielden hun identiteit als verzuild, onderling beheerd, Maatschappijfonds of andersoortig en zij profileerden zich met hun eigen koepelorganisaties. De overheid liet de fondsen en hun organisaties de vrijheid tot samenwerking in het COZ en het GOZ voor gemeenschappelijke belangenbehartiging, administratieve taken, informatie-uitwisseling en collectieve onderhandelingen met de zorgaanbieders. De fondsen leverden door hun koepelvorming en COZ- en GOZ-samenwerking veel van hun oude taken als zelfstandige instellingen in. De collectivisatie werd daardoor versterkt met als voorlopig hoogtepunt de vorming van de VNZ in 1976. De eerste pogingen om de kosten in de gezondheidszorg te beheersen werden genomen door het maatschappelijk middenveld. Het GOZ en de Stichting Het Nederlands Ziekenhuiswezen namen in 1960 het voortouw bij de oprichting van het eerste landelijk werkende tarieforgaan, een initiatief dat door de overheid werd overgenomen en ontwikkeld werd tot het COTG.

Twee ontwikkelingen betekenden in deze periode een breuk met het verleden. De KNMG stond haar macht over de ziekenfondsen af en de verzuiling verloor haar invloed. De bijzondere relatie van de artsen en hun fondsen als KNMG en Federatie V.M.Z. werd beëindigd door de ontwikkelingen onder het Ziekenfondsenbesluit en de bestuurlijke ontwikkelingen bij de artsenorganisatie. De artsen vormden voor de fondsen nog steeds de belangrijkste groep medewerkers, maar zij moesten hun leidende status in het ziekenfondsbestel opgeven. De verzuiling verloor voor het landelijk niveau als beïnvloedende factor op de relatie artsen-ziekenfondsen haar betekenis door de ontzuiling en de collectivisatie van de ziekenfondsorganisaties.

De Structuurnota Gezondheidszorg markeert 1974 als het begin van de periode, waarin de overheid verzekering en gezondheidszorg als een geheel beschouwde. De ziekenfondsverzekering werd niet alleen als onderdeel van de sociale verzekeringswetgeving gezien, maar samen met instrumenten als concentratiebeleid, regionalisatie, budgettering en tariefstelling als middel gebruikt om vraag, aanbod en kwaliteit in de gezondheidszorg te controleren. De overheid bleek niet in staat de gezondheidszorg volledig te kunnen plannen en sturen. Kostenbeheersing werd steeds meer centraal gesteld en de reorganisatie van de verzekering werd in samenhang met een tarievenbeleid als een belangrijk instrument gezien.

De ziekenfondsen blijven formeel uitvoeringsorganen van de Ziekenfondswet en de AWBZ, maar sinds 1987 zijn zij met hun koepelorganisatie onder invloed van alle overheidsmaatregelen van karakter veranderd. Hun instelling is verzakelijkt, de oude solidariteitsprincipes werden vervangen door een commerciële houding, samenwerking en fusies met ziektekostenverzekeraars en voorkeur voor het bedrijfsbelang. Het effect van de marktwerking was echter minder groot dan verwacht door het uitblijven van concurrentie tussen de zorgverzekeraars onderling; de koepelorganisaties van de

zorgaanbieders en -verzekeraars beperkten bij de medewerkersovereenkomsten de onderlinge mededinging en de prijsvorming bleef geregeld via het COTG.

De medewerkersovereenkomsten blijven de spil van de relatie zorgverzekeraars-medewerkers, zoals zij dit ook voor 1941 waren. Toen waren zij onderdeel van het stelsel van de plaatselijke collectieve contracten, waarin ziekenfondsen, artsen en apothekers met elkaar afspraken maakten over aspecten als honoraria, rechtsposities en toezicht. De ontwikkeling van dit stelsel is rigoureuus doorbroken met de invoering van de landelijke overeenkomsten na 1945. Hoe ontwikkelde dit stelsel zich na 1945?

### 3.5 Het overeenkomstenstelsel en de relatie artsen-ziekenfondsen

#### *Het overeenkomstenstelsel na 1945*

De plaatselijke overeenkomsten van voor het Ziekenfondsenbesluit bleven tijdens de bezetting gehandhaafd. De honorering van apothekers, huisartsen, specialisten en andere zorgaanbieders werd soms plaatselijk met instemming van het Staatstoezicht aangepast, maar onderhandelen over landelijke overeenkomsten was pas na 1945 mogelijk.<sup>220</sup>

Het contractrecht voor de landelijke verplichte ziekenfondsverzekering stond toen nog in de kinderschoenen. De oude ziekenfondscontracten waren tot stand gekomen door onderhandelingen tussen de ziekenfondsen en de zorgaanbieders ter plaatse. Na 1945 moest voor de verplichte verzekering een stelsel voor landelijke contracten worden ontwikkeld met overeenkomsten, op te stellen na onderhandelingen door de landelijke ziekenfondskoepels en organisaties van de zorgaanbieders. Deze overeenkomsten betroffen de rechtspositie en de honoraria of tarieven van de zorgaanbieders bij het aanbieden van hun diensten voor de verplichte verzekering. Het contractstelsel verschoof hiermee definitief van het lokale naar het landelijke niveau.

Het waren eenzijdige overeenkomsten. De ziekenfondsen waren door de contracteerplicht uit het Ziekenfondsenbesluit en na 1966 volgens de Ziekenfondswet gedwongen iedere zorgaanbieder in hun werkgebied een overeenkomst aan te bieden. Zij konden niet selecteren op basis van de kwaliteit van de geboden zorg of aan de hand van de reputatie van de zorgaanbieder. De zorgaanbieders moesten door de ziekenfondsen een contract aangeboden krijgen als zij zich volgens een plaatselijk vestigingsbeleid als gekwalificeerd arts of apotheker mochten vestigen. Concurrentieverhoudingen bestonden niet. Dit kon pas veranderen na de afschaffing van de contracteerplicht op 1 januari 1992.<sup>221</sup>

De landelijke overeenkomsten waren modelovereenkomsten. De overeenkomst tussen de ziekenfonds en de individuele zorgaanbieder, de medewerkersovereenkomst, was volledig op deze modelovereenkomst gebaseerd. De eerste overeenkomsten werden in 1946 gesloten tussen de samenwerkende ziekenfondsorganisaties en de organisaties voor vroedvrouwen en heilgymnasten-masseurs.<sup>222</sup> In december 1946 werd de eerste modelovereenkomst voor vroedvrouwen in de Staatscourant gepubliceerd, een historische stap voor het ziekenfondswezen. De vroedvrouwen kregen volgens de landelijke richtlijnen in de grote steden *f* 27,50 en elders in het land *f* 22,50 per bevalling. Deze eerste vroedvrouwenovereenkomst zette de teneur die voor alle overeenkomsten zou gelden. Het belangrijkste thema zou altijd de tarieven betreffen. De bedoeling bij het afsluiten van de overeenkomsten was eigenlijk de regeling van de verhouding tussen fonds en medewerker voor de bevordering van *het goed functioneren van een stelsel van ziekenverzorgingsverzekering als het Nederlandse*<sup>223</sup>, maar dit werd belemmerd door de gebondenheid van de contracteerplicht. De vrijheid van onderhandelen was voor de ziekenfondsen immers beperkt.

De medewerkersovereenkomst kreeg een centrale plaats in het systeem van de wettelijke ziektekostenverzekeringen. De verzekerden hebben recht op verstrekkingen in natura. De ziekenfondsen en later de zorgverzekeraars kregen de plicht deze aanspraken te waarborgen door het sluiten van overeenkomsten *met personen en instellingen die verstrekkingen van gezondheidszorg verlenen*.<sup>224</sup> Het systeem van de oude plaatselijke collectieve overeenkomsten kreeg daardoor zijn opvolger in de landelijke modelovereenkomst ten behoeve van individueel af te sluiten medewerkersovereenkomsten.

Het duurde nog wel even voor het zover was. In 1946 moesten eerst voor de belangrijkste groepen medewerkers, de huisartsen, de specialisten en de tandartsen, landelijke honorariumregelingen worden getroffen. Onder het oog van het Staatstoezicht sloten de ziekenfondsen met het Medisch Contact en de NMG gentleman's agreements.<sup>225</sup> Het onderhandelen over het afsluiten van deze accoorden gaf een voorproefje van wat de partijen de komende decennia te wachten stond, namelijk eindeloos heen- en weer gepalaver over percentages, bedragen per ziel, verrekeringen met praktijkgroottes en opbouw van pensioenrechten. Als voorbeelden voor deze toestanden volgt hier de geschiedenis van de verhoudingen tussen de ziekenfondsen en de specialisten en de ziekenfondsen en de huisartsen.

#### *De eerste huisartsenovereenkomst*

De LHV en de LSV waren voor de huisartsen en de specialisten de vertegenwoordigende organisaties. De ziekenfondsen, de LSV en de LHV hielden op 18 oktober 1946 hun eerste gemeenschappelijke vergadering voor de contractonderhandelingen.<sup>226</sup> De fondsen boden per 1 januari 1947 *f* 4,25 per ziel voor de niet-apotheekhoudende en *f* 6,75 per jaar voor de apotheekhoudende huisartsen voor de vrijwillige en de verplichte verzekering. De huisartsen zagen hiermee een oud verlangen, de betaling

per ziel en niet per betalende verzekerde, in vervulling gaan. Het oude principe van het abonnementshonorarium bleef onaantastbaar.

Het LHV-bestuur vond deze tarieven te laag, maar stemde onder protest met het voorstel in.<sup>227</sup> Het bestuur beschikte niet over een weerstandskas en was bang om van tegenwerking bij de wederopbouw te worden beschuldigd. De NMG vreesde dat bij het mislukken van deze eerste onderhandelingen de artsen hun recht op medezeggenschap in de reorganisatie van het ziekenfondswezen zouden verliezen. De huisartsen hadden ook moeite met de verhoging van de loongrens voor de ziekenfondsverzekering van f 3.000 naar f 3.750, ingaande 1 januari 1947. Dit was echter een wettelijk voorgeschreven maatregel en verzet daartegen was bij de LHV reglementair niet mogelijk. Bij de door de fondsen voorgestelde tarieven kwam nog 43 cent per ziel als pensioenvoorziening, gebonden aan een maximum aantal zielen van 3.000 per huisarts.<sup>228</sup>

Deze eerste overeenkomst legde de principes van de landelijke huisartsenovereenkomsten vast: scheiding van de tarieven voor apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen, handhaving van het traditionele abonnementshonorarium en als novum de landelijke pensioenregeling. Deze overeenkomst was een voorlopige overeenkomst, die steeds opnieuw werd verlengd en aangepast tot de afsluiting van de eerste modelovereenkomst in 1955.

#### *De eerste specialistenovereenkomst: eindelijk een rechtvaardig tariefstelsel?*

De onderhandelingen voor de specialistenhonoraria liepen evenmin van een leien dakje. De systemen en tarieven verschilden door de bevriezing van 1941 van plaats tot plaats niet alleen in hoogte, maar ook van specialistenpot tot verrichtingentarief. De LSV probeerde dit probleem op te lossen door in oktober 1946 uit te gaan van abonnementshonoraria van f 4 tot f 5 per ziel, afhankelijk van het plaatselijk aantal specialismen.<sup>229</sup> De specialistenvereniging wilde af van het principe van de specialistenpot, waardoor de specialisten te veel in hun inkomsten werden gekort. Het voorgestelde idee bleek echter te veel op het oude potstelsel te lijken en was nadelig voor de leden die gewend waren per verrichting te worden betaald.

De fondsen en de specialisten kozen voor een tussenoplossing, waarbij alle abonnementshonoraria met 50% werden verhoogd tot een maximum van f 3 per ziel. De honoraria per verrichting werden op een uniform peil gebracht van 90% van het tarief van de Ongevallenwet, gehanteerd door de Rijksverzekeringsbank in 1937.<sup>230</sup> Alle specialisten gingen er door deze overeenkomst in inkomen op vooruit en de LSV kreeg de tijd voor het ontwerpen van een tariefsysteem.

Bij het ontwerp van dit tariefsysteem hanteerde de specialistenvereniging de slogan 'loon naar arbeid'. De specialisten wilden eindelijk na decennia van onderbetaling loon naar werken voor hun verrichtingen voor de verplichte verzekering, waar zij in 1941 door het Ziekenfondsenbesluit al een volledige erkenning voor hadden gekregen. Zij deden op 28 mei 1948 aan de Commissaris van het Staatstoezicht voorstellen voor de honorering van klinische en poliklinische verrichtingen aan de hand van tarieflijsten.<sup>231</sup> Deze lijsten waren gebaseerd op de tarieven van de Rijksverzekeringsbank en op die van het Utrechts Ziekenhuisverplegingsfonds van VHZ.<sup>232</sup> Dit laatste leverde het dagtarief voor de klinische hulp voor interne geneeskunde, dat voor die tijd lager werd gehonoreerd dan de chirurgische specialismen.

De fondsen bleken bereid in te stemmen met de volgende ideeën over het nieuwe tariefstelsel:<sup>233</sup>

- honorering voor klinische hulp per verrichting op basis van een uniform tarief;
- honorering voor poliklinische hulp per verrichting op basis van maand- en herhalingskaarten op een voorlopig fixum, totdat plaatselijke Verwijzings Arbitrage Commissies of VAC's de honorering definitief zouden toewijzen;
- splitsing van de vergoeding voor röntgenologie en laboratoriumonderzoeken in een gedeelte honorarium en een gedeelte kostenvergoeding.

Het Centraal Orgaan Ziekenfondsen wilde met de VAC's een plafond aanbrengen in de kosten voor poliklinische hulp, die net als in het verleden met de oude verrichtingstelsels zonder beperkende maatregelen tot een bodemloze put zou worden. Het ziekenfondsoverleg wilde ook niet dat de kosten voor de vrijwillige verzekering met dit nieuwe systeem hoger zouden worden dan met de oude abonnementshonoraria, waarop de LSV knorrig reageerde met de opmerking dat de kostenbeheersing van de gezondheidszorg weer op de specialisten werd afgewenteld. De LSV weigerde dan ook de VAC's en een conflict met de fondsen leek onafwendbaar.

Na enig dreigen over en weer en bemiddeling door de minister van Sociale Zaken, Joekes, werd in juni 1949 een compromis bereikt.<sup>234</sup> De specialisten kregen hun zo fel begeerde verrichtingstelsel en gingen er financieel eindelijk op vooruit. Zij waren blij in het vervolg gevrijwaard te zijn van

onderlinge moeilijkheden over de verdeling van de specialistenpotten en stemden in met kostenbepalende maatregelen. De LSV zou meewerken aan de VAC's.

De tarieven zelf werden gekort met 15% en de bedragen van de maandkaarten werden 10% verlaagd als het verwijzingspercentage meer werd dan 15%. Op het totale ziekenfondshonorarium van iedere specialist zou een progressieve korting, de pk, of het degressief tarief volgens een vast schema worden toegepast, maar het honorarium mocht niet dalen beneden het niveau van 1948. De specialisten waren zelfs bereid tot een extra-korting van 5% ten behoeve van de vrijwillige verzekering. Op 1 juli 1949 werd het eerste landelijke tariefboekje voor specialistische verrichtingen gepubliceerd.

Dit nieuwe verrichtingenstelsel bepaalde in het vervolg de verhoudingen tussen de specialisten en de ziekenfondsen. Het was door overleg tussen het COZ en de LSV gerealiseerd en had de instemming van de Ziekenfondsraad. De overheid had een bemiddelende rol gespeeld, maar geen tarieven opgelegd. Zelfs de Directeur-Generaal van de Prijzen kon met de regeling instemmen. De overeenkomst COZ-LSV liep van 1 juli 1949 tot 1 januari 1952.

Het compromis leek mooi, maar werkte niet helemaal. De progressieve kortingen waren veel specialisten een doorn in het oog en de fondsen bleven, ondanks de kostenbepalende maatregelen, het gevoel houden *een stap in het duister* te doen.<sup>235</sup> Toen de LSV in 1951 afschaffing van de pk's en een nettoverhoging van de tarieven voorstelde, wezen zij dit dan ook subiet af. De stijging van hun uitgaven voor de vrijwillige verzekering was dan immers niet meer te overzien!<sup>236</sup> Zij kwamen zelf met een voorstel voor abonnementshonoraria, dat weer voor de LSV onaanvaardbaar was. De stemmen tussen LSV en ziekenfondsen staakten. Zij besloten de bestaande overeenkomst te verlengen en te proberen voor 1952 een begroting voor de specialistische hulp voor de verplichte en de vrijwillige verzekering uit te brengen.<sup>237</sup>

Het bestuur van de LSV installeerde in 1953 de Commissie-Bingen, die in overleg met het COZ nieuwe richtlijnen en ideeën voor de specialistenhonorering moest ontwikkelen.<sup>238</sup> Deze commissie vond dat het inkomen voor de specialisten volgens de bestaande tarieven onvoldoende was vergeleken met de honorering van de huisarts.<sup>239</sup> Er werd geen rekening gehouden met de extra jaren, die de specialist moest studeren voor hij zijn praktijk kon beginnen. Bovendien stelde de uitoefening van het specialistenberoep *hogere eisen aan de intelligentie en/of de werktuiglijke begaafdheid van de medicus* en de specialist kon geen verantwoordelijkheid voor de patiënt overdragen, zoals de huisarts met de verwijzing deed.

Het verrichtingensysteem werd niet op de helling gezet. De tarieven gingen in 1954 en 1955 wel omhoog. De pk-regeling werd onder druk van de Brabantse specialisten in 1955 geheel afgeschaft.<sup>240</sup> Zij behandelden grote aantallen verplicht verzekerden en declareerden daardoor meer verrichtingen dan hun andere collegae in het land. Zij kwamen daardoor snel aan het plafond, waarna het degressief tarief in werking trad en hun inkomen beperkt werd, ondanks hard werken. De pk's werkten voor de fondsen kostenbesparend, maar waren nadelig voor de specialisten met grote fondspraktijken.

De tarieven werden in 1955 eindelijk landelijk uniform: *dezelfde honorering per verrichting of verrichtingseenheid, ongeacht de omstandigheden, waaronder de specialisten werkzaam zijn.*<sup>241</sup> De specialisten kregen hierdoor voor het eerst in de geschiedenis in de steden en op het platteland een gelijke honorering, zonder kortingen of potten waardoor zij in de uitoefening van hun praktijk werden beperkt. Kort geformuleerd: de specialisten kregen eindelijk overal in Nederland de erkenning waar zij sinds het einde van de negentiende eeuw naar hadden gestreefd.

#### *De ontwikkeling van de specialistische tarieven, 1955-1977*

De tarieven werden sindsdien technisch en trendmatig aangepast.<sup>242</sup> De technische aanpassing betrof de invoering van tarieven voor nieuwe verrichtingen en de herziening van de tariefopbouw voor bepaalde specialismen. Deze aanpassingen vielen samen met de technische ontwikkelingen in de medische wetenschap tot 1960 en na 1980 door de automatisering. De tarieven stegen daardoor met 5 tot 10% extra.<sup>243</sup> Voorbeelden van de invoering van nieuwe specialismen waren kortdurende psychotherapie in 1959 en dermatologie, plastische chirurgie en cardiologie in 1969-1970.

De trendmatige aanpassing van de tarieven werd sinds 1960 gekoppeld aan het prijsindexcijfer van de kosten van het levensonderhoud en het loonpeil.<sup>244</sup> De specialistenhonoraria volgden in 1964 ook de trend van de loonexplosie. De belangrijkste vernieuwing in het systeem van de honorering werd doorgevoerd in 1968. Bij de tarieven voor de verplichte verzekering werd rekening gehouden met de reservering van pensioengelden op naam van de specialist.

#### *Ziekenfondsen, specialistentarieven en groeiende overheidsinvloed*

In 1977 kwamen de eerste rimpels in deze vredige vijver van de fondsen, de LSV en de overheid. In zijn pogingen greep te krijgen op de stijging van de kosten van de gezondheidszorg eiste staatssecretaris Hendriks dat structurele tariefswijzigingen eerst met zijn ministerie werden besproken.<sup>245</sup> De ziekenfondsen en de specialisten beschouwden deze maatregel echter als een aantasting van hun vrijheid en in strijd met de Ziekenfondswet, want de Ziekenfondsraad had als eerste het recht overeenkomsten te beoordelen. Hendriks zwichtte voor deze argumenten, waardoor verwijs- en herhalingskaarten anesthesie ten behoeve van pijnbestrijding en voor enkele KNO-heelkundige en gynaecologische verrichtingen in de tarieven konden worden opgenomen.

Dit incident was om twee redenen belangrijk. Het was de eerste poging van de overheid om de kosten van de specialistische hulp te beteugelen. Ten tweede beschouwden de fondsen en de artsen het onderhandelen over de overeenkomsten als een aangelegenheid, waar de overheid geen recht tot ingrijpen had. De voorwaarden voor de prijsvorming voor de specialistische hulp moesten eerst in het maatschappelijk middenveld worden besproken, voor zij de overeenkomst ter goedkeuring aan de Ziekenfondsraad en het ministerie wilden voorleggen. Het afsluiten van de ziekenfondscontracten was altijd nog een zaak van de partijen zelf, waarbij de overheid pas later werd ingeschakeld.

GOZ en LSV kwamen toch een kostenbeperkende maatregel overeen. Op 1 november 1977 sloten zij een overeenkomst voor de receptuur. Specialististen zouden geen herhalingsrecepten meer voorschrijven en de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen beperken tot een gebruiksduur van een tot drie maanden.

In 1978 deed G.M.V. van Aardenne, de minister van Economische Zaken, een poging de tarieven van de gezondheidszorg op een lijn te brengen met het overige prijsbeleid. De nacalculaties voor de specialistenhonoraria werden gebonden aan de prijzenregels van het ministerie, gebaseerd op de Prijzenwet van 1961. Van Aardenne wilde de prijzenwet eerst toepassen op de procentuele verhogingen en later ook op de declaratie van de praktijkkosten. De LSV weigerde dit laatste en in een geding verbood de rechter Van Aardenne de Prijzenwet te gebruiken voor inkomensnivellering door de honoraria van de specialisten in hun beroepsuitoefening te korten.<sup>246</sup>

De actie van Van Aardenne werd door de LSV gezien als een voorbereiding voor de WTG en de instelling van het COTG. De uitvoering van de WTG werd in 1985 pas gestart door staatssecretaris Van der Reijden met de invoering van de budgettering van de intramurale gezondheidszorg in 1985. De ziekenhuizen werden hierdoor wel aan financiële grenzen gebonden, maar de specialisten met hun praktijken binnen de ziekenhuismuren niet.

De budgetteringssystematiek leek bevredigend te werken, maar in de praktijk bleken de budgetten steeds vaker onvoldoende.<sup>247</sup> Technische ontwikkelingen als de invoering van niersteenvergruizers, hartoperaties en transplantaties maakten de ziekenhuiszorg steeds duurder en zorgden ook voor hogere en nieuwe tarieven voor specialistische zorg. Het verstrekkingenpakket voor de verzekerden werd steeds uitgebreider. De ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars, de zorgverzekeraars, kregen steeds meer te maken met nabetalingen. Het verrichtingenstelsel leek weer tot een onbeheersbare open-eindfinanciering te leiden. Kregen de tegenstanders onder de ziekenfondsen van dit stelsel uit de twintigste jaren opnieuw gelijk?

#### *Oplopende spanningen; het LSV-conflict en de nasleep, 1988-1996*

Niet alleen de tarieven stegen, maar ook het aantal verwijzingen door de huisartsen nam toe. Het aantal specialisten groeide en daarmee ook het aanbod van zorg: van 6.000 specialisten in 1975 tot 12.000 in 1992.<sup>248</sup> Van der Reijden wilde in zijn regeerperiode daarom de kosten van de specialistische hulp en het aantal instromende, pas afgestudeerde specialisten indammen en sloot in juli 1984 met de LSV een Generaal Akkoord. Het aantal nieuwe specialisten werd aan banden gelegd en voor de kostenbeheersing werd de oude progressieve korting of het degressief tarief weer uit de kast gehaald.<sup>249</sup>

De overeenkomst bleek niet te werken. De ziekenfondskosten bleven stijgen en de VNZ weigerde daarom haar verantwoordelijkheid voor de overeenkomst te nemen. De specialisten werd verweten ondanks de degressieve tarifiering omwille van hun inkomens de verrichtingen te veel op te schroeven, zonder dat dit met cijfers kon worden gestaafd.<sup>250</sup> Zij kregen het idee dat politieke groeperingen hen probeerden op te zadelen met de hoge kosten van de gezondheidszorg en zij voelden zich omsingeld. Het gevolg was een gespannen sfeer tussen de overheid, de ziekenfondsen en de LSV, die uitmondde in een soort oorlog: het LSV-conflict van 1988 en 1989.

Het was het eerste conflict tussen de LSV en de ziekenfondsen sinds 1955. Opnieuw waren het niet de ziekenfondsen, die alle problemen hadden veroorzaakt. Het was in eerste instantie een ruzie tussen de overheid en de LSV, waar de ziekenfondsverzekerden de dupe van werden. De LSV verbrak de

overeenkomst met de ziekenfondsen. Verplicht verzekerden werd in 1988 en 1989 geen specialistische hulp in natura verstrekt, maar zij kregen na iedere behandeling en afspraak een nota toegestuurd. Deze moesten zij indienen bij hun ziekenfonds. Of de ziekenfondsen betaalden deze rekeningen, of de verzekerden moesten ze zelf betalen na ontvangst van de ziekenfondsvergoeding. Sommige ziekenfondsen sloten met de plaatselijke artsen overeenkomsten, waardoor deze artsen de rekeningen rechtstreeks naar de fondsen stuurden.

Voor de fondsen en de verzekerden was het een rampentijd. Een fonds als het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland in Utrecht met 500.000 verzekerden, grote ziekenhuizen en veel specialisten in het werkgebied kreeg per dag soms 4.000 tot 5.000 nota's binnen. De fondsen moesten in zeer korte tijd tijdelijke administratieve systemen bouwen om deze stroom nota's te verwerken. Controle op de uitbetalingen was niet mogelijk. De verzekerden wisten niet waar zij aan toe waren. Bejaarden en gehandicapten werden opgezadeld met grote betalingen.

De specialisten waren door hun houding verantwoordelijk voor deze problemen, maar hadden slechts gedeeltelijk schuld. De kosten van de gezondheidszorg namen toe, niet alleen door de technische ontwikkelingen, maar ook door de vergrijzing van de bevolking. De specialisten kregen daardoor steeds meer en ingewikkelder problemen door de huisartsen doorverwezen. Zij hadden op grond van hun overeenkomst met de zorgverzekeraar de plicht tot behandeling van alle verwijzingen. Een opgelegde leveringsplicht was niet te combineren met een door het degressief tarief opgelegd plafond van te besteden kosten.<sup>251</sup>

Het LSV-conflict werd na bemiddeling door Van Aardenne in 1989 beëindigd door het Vijf Partijen Akkoord tussen de LSV, de VNZ, de KLOZ, de Nationale Ziekenhuisraad en het Kontaktorgaan Particuliere Ziektekostenverzekeraars. Hoewel de LSV dit akkoord uitlegde als een morele overwinning, zorgde het voor veel onvrede onder de leden.<sup>252</sup> De kosten van de specialistische hulp werden voor 1990-1992 vastgelegd op het niveau van 1989 en bij overschrijding zouden de tarieven weer worden verlaagd: degressieve korting in optima forma. De kortingen zelf werden in de ogen van de specialisten ook onredelijk toegepast. Een deel van hen verweet de LSV een te slappe houding en stichtte een eigen Nederlandse Specialististen Federatie, de NSF.

De ziekenfondsen waren niet ontevreden. Het oude systeem van verstrekking in natura werd in ere hersteld. De verzekerde was van de specialistennota's verlost en de organisaties keerden terug tot de declaratieverwerking van alle dag. De fondsen kregen zelf in 1991 ook te maken met budgettering, en beheersing van de uitgaven voor specialistische zorg werd dus noodzaak. Voor 1991 werden alle verstrekkingenuitgaven immers automatisch door de Ziekenfondsraad vergoed!

De overeenkomst van 1989 was een akkoord tussen de organisaties van het maatschappelijk middenveld, waarbij de rol van de overheid steeds groter werd. De politiek was zich na 1980 steeds meer met de relatie specialisten-ziekenfondsen gaan bemoeien, met alle gevolgen van dien. De nadruk kwam niet meer te liggen op het afspreken van tarieven, maar op het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg waar de specialistische zorg een groot deel van uitmaakte.

Rigoureuze kortingsmaatregelen bleken echter niet te werken.<sup>253</sup> De vraag naar zorg bleef na 1989 ook stijgen en de specialisten zijn door de verwijzing verplicht hulp te leveren. In 1991 werd geprobeerd de verwijzing in te perken door de huisarts meer bij de specialistische behandeling te betrekken. Na de behandeling voor een eerste verwijzing zou de huisarts een korte kaart van een maand voor vervolgbehandelingen geven. Het succes was mager. Het aantal eerste verwijskaarten bleef stijgen.

De budgetten van de zorgverzekeraars voor de specialistische zorg moesten ieder jaar worden verhoogd. Staatssecretaris Simons en het COTG verlaagden in december 1992 de tarieven voor ziekenfondsverzekerden met 14% en voor particulier verzekerden met 13%, maar dit was een eenmalige ingreep en bood geen structurele oplossing voor de volgende jaren.<sup>254</sup> Of de maatregelen van het kabinet-Kok als de gelijkschakeling van de particuliere en de ziekenfondstarieven in januari 1997 meer succes zullen hebben, moet worden afgewacht.

In juli 1993 werd een nieuwe modelovereenkomst door de staatssecretaris goedgekeurd voor de periode tot en met 1 januari 1996, maar de specialisten bleven contracteren op basis van het oude Vijf Partijen Akkoord.<sup>255</sup> De LSV verweet de ziekenfondsen dat zij na de wettelijke opheffing van de werkgebieden waren samengegaan met als gevolg ongewenste schaalvergroting. Concurrentie op regionaal niveau was daardoor uitgesloten, terwijl dat wel de doelstelling van de stelselwijziging was.<sup>256</sup> De LSV wilde juist oriëntatie van de zorgverzekeraars op regionaal niveau, omdat de specialisten dan hun investeringen op de lange termijn beter konden afstemmen. De relatie met de zorgverzekeraars bleef moeizaam.

De relatie specialisten-ziekenfondsen werd na 1945 beheerst door tariefafspraken voor verrichtingen. Dit stelsel werd in 1949 overeengekomen voor de vervanging van de oude plaatselijke regelingen als het abonnementshonorarium in de vorm van de specialistenpot. Het systeem functioneerde zolang de fondsen hun kosten volledig vergoed kregen. Dit gebeurde tot 1991. Kostenbeheersingsmaatregelen als het degressief tarief, door de LSV, het COZ en de VNZ zelf ontworpen, bleken niet te werken. De vraag naar specialistische zorg bleef onbeheersbaar, ondanks de poortwachtersfunctie van het bijna een eeuw oude verwijzingsstelsel. Dit probleem leidde in 1988 tot een groot conflict tussen de overheid, het maatschappelijk middenveld en de organisaties van het middenveld onderling. Het conflict werd beëindigd zonder een structurele oplossing en de onvrede bleef bestaan. De verantwoordelijkheid voor deze kwestie blijft een zaak van overheid, specialistenorganisaties en zorgverzekeraars gezamenlijk. Het gaat immers om de belangen van de verzekerden!

*De relatie ziekenfondsen-huisartsen vastgelegd; de modelovereenkomst van 1955*

De huisartsenovereenkomst uit 1947 werd als voorlopig beschouwd, maar bleef lange tijd van kracht. De huisartsen spraken zich in 1948 in de landelijke ledenvergadering van de LHV uit voor handhaving van de ziekenfondshonorering per abonnement.<sup>257</sup> Zij wilden het sluiten van een echte modelovereenkomst uitstellen tot de vervanging van het Ziekenfondsenbesluit door een ziekenfondswet en bij de onderhandelingen voor de tarieven bleek de behoefte aan harde cijfers over de praktijkvoering en feitelijke inkomsten van de huisartsen. De regering liet in 1949 vertrouwelijk het gemiddelde huisartseninkomen uitrekenen en wilde, samen met de voorzitter van de Ziekenfondsraad, I.H.W. Hacke, dat bij de onderhandelingen over de ziekenfondstarieven het hele inkomen van de huisarts zou worden betrokken, ook diens inkomsten uit de particuliere praktijk.

Dit voorstel was voor de LHV zo onaanvaardbaar dat zij het contact met de fondsen dreigde te verbreken en fondsverzekerden tegen het laagste particuliere tarief per verrichting zou laten behandelen. Het eerste landelijke conflict tussen de fondsen en de huisartsen stond voor de deur, veroorzaakt door het optreden van de overheid. De fondsen zelf waren over de ideeën van de Ziekenfondsraad en de regering verdeeld. De Maatschappijfondsen waren bereid de LHV tegemoet te komen met een hoger ziekenfondstarief, de andere fondsen niet.<sup>258</sup>

De Ziekenfondsraad probeerde op 12 juli 1949 de fondsen, verenigd in het COZ, en de LHV in een verzoeningsvergadering tot elkaar te brengen. Het resultaat van deze bijeenkomst was de instelling van een commissie van wijze mannen, die na rijp en lang beraad in 1950 een bindend advies uitbrachten. Het nieuwe abonnementstarief werd f 5 en er moest een toeslag komen voor dunbevolkte gebieden, een uitbreiding van het gentlemen's agreement uit 1947.

Het voeren van onderhandelingen werd een steeds ingewikkelder proces. Bij de LHV en het COZ moesten economisch deskundigen de materie voorbereiden voor de gesprekken. Zij gaven aan wat zij als tarieven en schalen juist achtten en adviseerden over de punten waar de onderhandelaars het eens over moesten worden. De tijden waren voorbij dat huisartsen en ziekenfondsbesturen in een café of parochievergaderzaaltje met cognac en sigaren over dubbeltjes en centen confereerden. De LHV moest bij de ziekenfondsen en voor de overheid aantonen waarom zij kostenvergoedingen in de honoraria wilde doorberekenen. De kostenvergoedingen werden gekoppeld aan onderzoekscijfers en het inkomen van de zelfstandige huisarts moest vergelijkbaar zijn met het inkomen van artsen in dienstverband.<sup>259</sup> Deze langdurige onderhandelingen, de koude oorlog tussen ziekenfondsen en huisartsen, werden pas in 1952 beëindigd met een overeenkomst.<sup>260</sup> De huisartsen kregen een toeslag voor praktijkkosten van f 0,46 cent per verzekerde.

Het honorarium was ondanks deze overeenkomst toch niet definitief geregeld, want daarvoor bleek in 1953 een kort, maar fel huisartsenconflict nodig. De Ziekenfondsraad en de LHV kwamen op aandringen van de economisch adviseurs van de LHV tot de conclusie dat een honorarium van f 7 per ziel per jaar tot een praktijk van 3.000 zielen een redelijk tarief was.<sup>261</sup> De Ziekenfondsraad stemde toe in de uitkering van dit bedrag, maar de regering schorste dit besluit. De huisartsen reageerden woedend. De ziekenfondsgrens was in 1953 ten koste van hun particuliere praktijk opgetrokken tot f 6.000 en zij wilden deze inkomensderving compenseren met het overeengekomen honorarium voor de verplichte verzekering. Hoewel de ziekenfondsen part noch deel hadden aan de manoeuvres van de regering met de inkomensgrens besloot de LHV per 1 februari 1954 alle relaties met de fondsen te verbreken en de modelovereenkomst op te zeggen.

Suurhoff, de minister van Sociale Zaken, gaf onder deze druk toe. LHV en COZ bereikten in 1954 een akkoord, waarin de honoraria afhankelijk werden gesteld van de praktijkgrootte. Beide partijen wilden de tarieven voor de lieve vrede eindelijk eens definitief geregeld zien, zonder dat de overheid roet in

het eten zou gooien en sloten in 1955 een nieuwe standaardovereenkomst ziekenfonds-huisarts. De artsen kregen f 10,20 per ziel per jaar voor de eerste 2.000 zielen en f 7,50 daarboven.<sup>262</sup>

De huisartsen beschouwden deze overeenkomst als historisch. Dit was de eerste overeenkomst, gebaseerd op harde cijfers, die door enquêtes en onderzoek waren verkregen. Het tarief was *bepalend voor de bestaansmogelijkheid voor de Nederlandse huisarts* en gaf ruimte voor de verbetering van de praktijk. Kortom, [...] *van uitermate groot belang voor de rehabilitatie van de Nederlandse huisartsen.*<sup>263</sup> Het varkentje was nog niet direct gewassen, want de Ziekenfondsraad onthield in eerste instantie zijn goedkeuring aan de overeenkomst. Na enige druk van de Federatie V.M.Z. en een stakingsdreiging gebeurde dit toch. Suurhoff gaf ook zijn toestemming en in 1955 werd de eerste standaardovereenkomst LHV-ziekenfondsen van kracht.

Deze overeenkomst was voor de ziekenfondsen en de huisartsen aanvaardbaar. Het gemiddelde abonnement voor de eerste 3.000 verzekerden was gestegen van f 4,68 in 1947 naar f 9,30 in 1955. De prijsindex van de gezinsconsumptie steeg in deze periode van 100 naar 144 en de index van het gemiddelde gezinsinkomen van 100 naar 199. De LHV vond dat de huisartsen eindelijk de ruimte hadden gekregen om hun positie en functie in de Nederlandse maatschappij als beroepsgroep te realiseren.

#### *Huisartsen en ziekenfondsen opnieuw in conflict over tarieven, 1965-1967*

Tot 1966 bleef de relatie met de LHV vredig. Toen ontstond opnieuw een ernstige breuk tussen de huisartsen, de ziekenfondsen en de overheid met opnieuw als oorzaak een verlangen naar een volwaardige honorering en de wens tot verbetering van de ziekenfondspraktijk.

Van 1955 tot 1966 steeg het honorarium voor praktijken boven de 2.000 verzekerden van f 7,50 tot f 15,12, een verdubbeling.<sup>264</sup> Dit was wel een inkomensverbetering, maar droeg niet bij tot verbetering van de praktijkvoering. De praktijken verslechterden, vooral in de grote steden. De oudedagsvoorziening van de meeste huisartsen was, ondanks de pensioenreservering, gebrekkig. Veel huisartsen meenden na hun 70ste jaar nog te moeten doorwerken, hoewel dit sociaal en uit oogpunt van goede zorg niet te verantwoorden viel. Daarbij kreeg het huisartsenvak steeds meer concurrentie van de specialisten. In 1965 waren er 4.452 huisartsen en 4.958 specialisten. De gemiddelde praktijkgrootte was 2.780 inwoners per huisarts. Het aandeel van de huisartsenhulp in de ziekenfondsverzekering verminderde in relatie tot het deel van de specialistische hulp en de ziekenhuisverpleging en het huisartsenberoep dreigde overbelast en onaantrekkelijk te worden.

Een landelijk abonnementshonorarium dat geen recht deed aan factoren als het niveau van de verstrekte hulp, de onregelmatigheid en de frequentie van de hulpverlening, de verschillen in hulpvraag per regio en de verschillen in goede en slechte risico's werd steeds moeilijker te verdedigen. Bij de LHV werd, zij het niet openlijk, gefilosofeerd over loondienstverbanden bij ziekenfondsen en bedrijven.<sup>265</sup> Kortom, de huisartsen werden ontevreden. Het GOZ was wel bereid om met de LHV over de problemen te praten, maar er veranderde niets. Volgens H.A. Sanders, huisarts te Helmond en later hoogleraar te Maastricht, moesten de huisartsen bij de onderhandelingen over tarieven en overeenkomsten zelf bepalen wat zij nodig hadden en niet meer het door de COZ gebodene accepteren, zoals zij tot dan toe voor de lieve vrede hadden gedaan.<sup>266</sup> Hij voerde daarmee van 1963 tot 1965 oppositie tegen het LHV-bestuur dat volgens hem een te zwakke houding had aangenomen.

Op 25 november 1965 besloot de ledenvergadering het voorstel van de fondsen voor een abonnementsverhoging van 13,28% te verwerpen en voor de komende jaren een herziening van de berekening van het honorarium te eisen. Facetten als salarisbasis, praktijkomvang en -samenstelling, pensioenregeling, indexering moesten daarbij worden betrokken.<sup>267</sup> Het ziekenfondstarief moest gelijk worden aan het laagste particuliere tarief.

De fondsorganisaties vonden dit voorstel voor de onderhandelingstafel te vergaand en wilden een commissie van derden, die hierover kon adviseren. Dit was weer tegen de zin van de afdelingen of Plaatselijke Huisartsen Verenigingen van de LHV uit Helmond, Eindhoven en Tilburg. Zij wilden geen commissie van wijze mannen, totdat de algemene ledenvergadering huisartsenvereniging haar mening over deze commissie had gegeven. Het hoofdbestuur van de LHV trad daarop in februari 1965 gedeeltelijk af en het aanbod van de fondsen voor een verhoging van 13,28% en de commissie van wijze mannen werd toch maar aanvaard. Deze afspraken bleven tot 1 juli 1966 van kracht.

De problemen met de huisartsenzorg waren daarmee niet opgelost. De huisarts kreeg een steeds centralere rol in de gezondheidszorg toebedeeld, in de Nota Volksgezondheid van 1966 werd hij als de spil van de zorg gezien. In de praktijk werd het huisartsenberoep echter steeds onaantrekkelijker, waardoor het aantal huisartsen verminderde. Het aantal huisartsen per 10.000 inwoners daalde van 4 in 1964 naar 3,7 in 1966 en het aantal praktiserenden in de leeftijd van 30 tot 34 jaar daalde in 1964 van

553 naar 473.<sup>268</sup> De juridische basis tussen de individuele huisarts en de ziekenfondsen was onduidelijk. De oude landelijke overeenkomst uit 1954 was nooit vernieuwd en werd voor het afsluiten van individuele medewerkersovereenkomsten soms wel en soms niet gebruikt. De fondsen uit Amersfoort en Utrecht beschouwden de oude standaardovereenkomst in 1964 nog steeds als geldig.<sup>269</sup> De ziekenfondsen en de LHV waren al jaren in overleg om een goed modelcontract op te stellen, maar tot 1966 zonder succes.

De onderhandelingen tussen de LHV en het GOZ waren op 1 juli 1966 volkomen vastgelopen. De LHV wilde een verhoging van 7 tot 10%, afhankelijk van de praktijkgrootte. Het GOZ vond dat het met de 13,28% en een eventuele vergoeding voor assistenten al ver genoeg gegaan was en achtte de eisen van de LHV zwak gemotiveerd.<sup>270</sup> De ziekenfondsorganisatie wilde de huisartsen niet met een te hoog honorarium tegemoetkomen. Dat zou tot verdere tekorten van beroepsbeoefenaren in de andere medische sectoren leiden, omdat medische studenten om de betaling voor het vak van huisarts zouden kiezen.<sup>271</sup> De verhoudingen tussen de huisartsen en de ziekenfondsen raakten gespannen en in oktober barstte de bom met ouderwets gekift en polemieken via de kranten, scheldpartijen over en weer en zelfs de dreiging van een huisartsenstaking. *De bonboekjes voor de ziekenfondsverzekerden lagen al klaar!*<sup>272</sup> Zover kwam het niet, maar tussen de fondsorganisaties en de huisartsen was het oorlog.

Minister Veldkamp greep uiteindelijk in. Na veel onderhandelen, onduidelijkheden over en weer en politiek gelobby werd op 31 maart 1967 de vrede hersteld. Veldkamp had op 21 november 1966 een commissie benoemd onder voorzitterschap van de hoogleraar F.J.H.M. van der Ven.<sup>273</sup> Deze kwam met een advies dat resulteerde in een gefaseerde verhoging van het abonnement van 51% en een nieuwe tariefsberekening. De fondsorganisaties waren over dit voorstel verdeeld.<sup>274</sup> De Federatie V.M.Z. en de CBOZ gingen met dit voorstel wel akkoord, de andere organisaties niet. Na een nieuw ingrijpen van Veldkamp stemden zij uiteindelijk ook met de voorstellen in, want er was geen alternatief.<sup>275</sup> Het huisartsenconflict werd op 16 april 1967 beëindigd door de goedkeuring van de nieuwe overeenkomst door de Ziekenfondsraad.<sup>276</sup>

Het conflict had voor de ziekenfondsen en de huisartsen verschillende gevolgen. De huisartsen hadden door het conflict een betere honorering gewonnen en aangetoond, dat zij met hun organisatie *springlevend* waren en betrokken bij de samenleving.<sup>277</sup> Voor hun gevoel kon het met de huisartsenpraktijk nu alleen nog maar beter gaan. De ziekenfondsen hadden een uitputtingsslag gespeeld. Zij werden in maart 1967 bang dat de LHV toch naar een verrichtingenstelsel met open-eind financiering zou streven. De kosten voor huisartsenhulp voor de verplichte verzekering werden wel automatisch gedekt, maar de fondsen waren zelf eerstverantwoordelijk voor de financiering van de vrijwillige verzekering en wilden de exploitatie daarvan en van de verplichte verzekering beheersbaar houden.<sup>278</sup> Zij hadden daarvoor de relatie met een van de belangrijkste medewerkersgroepen op het spel gezet, maar bleven gedwongen iedere huisarts, die in hun werkgebied op grond van het plaatselijk vestigingsbeleid een praktijk startte of overnam, een contract aan te bieden.

Een grootschalig conflict over de tarieven deed zich tussen de fondsen en de LHV niet meer voor. Van 1972 tot 1977 was de pensioenvoorziening als onderdeel van het honorarium een heet hangijzer, maar dit werd uiteindelijk zonder strijd geregeld.

#### *Maatschappelijke aanpassingen in het huisartsenberoep; vestigingsbeleid en tarieven, 1971-1985*

De aandacht van de LHV richtte zich meer dan bij de LSV op de algemene aspecten van de gezondheidszorg en de positie van de huisarts in de maatschappij.

In het voorjaar van 1974 organiseerde het LHV-bestuur negen bijeenkomsten met als thema's regionalisatie, vestigingsbeleid en volksverzekering.<sup>279</sup> Er werd gesproken over het experimenteren met samenwerkingsvormen als gezondheidscentra en groepspraktijken en versterking van het eerste echelon van de gezondheidszorg. De LHV reageerde afwijzend op de Structuurnota van Hendriks met de opmerking dat de huisarts in diens nota vooral een centrale plaats in het stelsel van gezondheidsvoorzieningen had gekregen door de wens de kosten te beheersen.<sup>280</sup> De huisartsenvereniging vond Hendriks' Wet Tarieven Gezondheidszorg een verslechtering ten opzichte van de bestaande regelingen en beschouwde deze wet als onverantwoorde machtsconcentratie bij de overheid, die niet door het parlement te controleren was. De deskundigheid en de verantwoordelijkheid van de Nederlandse huisartsen voor de individuele gezondheidszorg werden volgens de LHV door Hendriks genegeerd.

Het hoofdbestuur van de KNMG steunde deze visie. De relatie arts-patiënt was zo belangrijk voor de inhoud en het effect van de hulp, dat het waarborgen van de *kwaliteit, doelmatigheid en functionele toegankelijkheid* geen zaak van de overheid alleen was.<sup>281</sup> De individuele huisarts werd door de

overheid, de KNMG en de LHV zelf een steeds grotere maatschappelijke rol in de gezondheidszorg toebedeeld.

Het LHV-bestuur probeerde na 1974 de inrichting en het beleid van de vereniging aan te passen aan de snel veranderende maatschappij. Het ging daarbij vooral om de zelfstandige ontwikkeling van een vestigingsbeleid en een nieuwe honoreringsstructuur. Op 29 april 1981 aanvaardde de ledenvergadering een nota Naar een nieuwe honorering, die het tarievenbeleid voor de komende jaren zou bepalen. De LHV moest toewerken naar een landelijk uniform abonnementsstelsel met tarieven voor verrichtingen, die niet per abonnement verzekerd waren, en de rekennorm voor het honorarium moest zakken van 2.700 naar 2.000 patiënten. De nieuwe honorering diende gekoppeld te worden aan kwaliteitseisen voor de huisarts. De huisartsen probeerden de hen toegemeten maatschappelijke verantwoordelijkheid waar te maken, maar wilden daar ook voor betaald worden.

Het vestigingsbeleid werd na 1970 steeds belangrijker, onder meer door de opkomst van wijkgezondheidscentra. Deze medische centra boden een breed pakket eerstelijnszorg met huisartsenhulp, tandheelkundige voorzieningen, kruiswerk en paramedische zorg. Gemeentebesturen probeerden deze centra te steunen als middel tegen de vrije vestiging van huisartsen en dat gaf plaatselijk nogal eens problemen, niet alleen tussen de plaatselijke huisartsenvereniging en de gemeente, maar ook met de ziekenfondsen.

Een berucht voorbeeld was het wijkgezondheidscentrum Maarssenbroek. De Maarssense huisartsen protesteerden in 1976 fel tegen de oprichting van dit centrum waar niet alleen de gemeente, maar ook het Utrechtse ziekenfonds VHZ aan deelnam.<sup>282</sup> Twee nieuwe huisartsen wilden zich daarna zelfstandig vestigen, zonder relatie met dit centrum. VHZ weigerde daarom deze artsen contracten aan te bieden, hoewel zij dit op grond van de Ziekenfondswet verplicht was. Het gezondheidscentrum had al de beschikking over twee artsen, voor uitbreiding was de wijk Maarssenbroek te klein.<sup>283</sup> De kwestie moest worden opgelost door de uitspraak van het Amsterdamse Hof dat ziekenfondsen geen zelfstandig vestigingsbeleid mochten voeren en VHZ de artsen moest contracteren. Het was jammer dat het zover kwam, want de LHV en de ziekenfondsen waren beiden voorstander van dergelijke centra en probeerden in onderling overleg regelingen te treffen om de vestiging van huisartsen in gezondheidscentra mogelijk te maken.<sup>284</sup>

De Maarssenbroekse kwestie had tot gevolg dat in 1981 de Ziekenfondswet werd aangepast. De minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur kon een ziekenfonds van de verplichting ontslaan om iedere aanbieder van zorg een contract aan te bieden als deze hulp in een regio in voldoende mate aanwezig was.<sup>285</sup> Ziekenfondsen en huisartsen konden de minister vragen de ziekenfondsen te ontheffen van de verplichting tot toelating, de eerste bres in de contracteerplicht.

De vestigingskwestie werd na jaren van problemen in 1983 geregeld. Gemeentebesturen konden met behulp van de nieuwe Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en door een wijziging van de Ziekenfondswet een vestigingsbeleid voeren.<sup>286</sup> Zij werden daarbij geadviseerd door een commissie, die bestond uit huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders, patiënten en verzekeraars.

De LHV en de VNZ verschilden in deze kwestie nogal van mening. De fondsen gingen uit van het principe *wie het eerst komt, die het eerst maalt*, terwijl de LHV een sollicitatiebeleid wilde.<sup>287</sup> De LHV probeerde door de afkondiging van een eigen vestigingsregeling de groeiende werkloosheid onder jonge, pas afgestudeerde artsen tegen te gaan. Zij had in 1981 daarvoor met de VNZ afgesproken om de grote praktijken boven de 2.700 ziekenfondsverzekerden af te bouwen, maar dit bood geen soelaas. Sinds 1980 probeerden veel afgestudeerde werkloze huisartsen in de steden met wilde vrije vestigingen toch een praktijk op te bouwen en een chaos dreigde. Het vestigingsbeleid legde deze wildgroei wel aan banden, maar loste het probleem van de werkloosheid niet op. Bovendien lag de verantwoordelijkheid voor de vestiging bij een gemeentebestuur en niet bij de beroepsgroep en evenmin bij de ziekenfondsen. Verschil van mening tussen de VNZ en de LHV deed niet zo ter zake.

In 1982 werd de relatie ziekenfonds-huisarts eindelijk weer in een nieuwe modelovereenkomst vastgelegd.<sup>288</sup> Deze modelovereenkomst was het eerste contract sinds de overeenkomst van 1955 en het was gelijk een breed pakket. Behalve de standaardovereenkomst ziekenfonds-huisarts kwamen er een overeenkomst LHV-VNZ, een honoreringsovereenkomst en normen voor beperkte kwaliteitseisen voor de huisarts. De modelovereenkomst regelde ook de instelling van commissies van overleg tussen de ziekenfondsen en de plaatselijke huisartsenverenigingen, de huisartsencommissies. De vorming van kleinere praktijken werd gestimuleerd. De normpraktijk voor de berekening van het honorarium, die nog steeds uit 1966 stamde, werd van 2.700 teruggebracht naar 2.500. De bedragen, die de fondsen voor de vaste kosten en de pensioenpremie betaalden, werden in het vervolg uitgekeerd vanaf 1.600 verzekerden. Dit was voorheen vanaf 1.800 en 2.000 verzekerden.

De relatie van de LHV met de overheid werd in 1985 vastgelegd in een convenant van beleidsafspraken. Een van de belangrijkste punten was het opnemen van geld in het jaarlijkse Financieel Overzicht Zorg, FOZ, voor de stimulering van de huisartsengeneeskunde. De overheid wilde daarmee de praktijkverkleining versterken en de deskundigheidsbevordering van de beroepsgroep stimuleren. Het kruiswerk kreeg al jaren geld voor de ontwikkeling van het management op provinciaal en plaatselijk niveau en deze subsidie werd nu ook verstrekt voor de ondersteuning van de huisartsen. De eerstelijnszorg werd door deze initiatieven steeds belangrijker en beter georganiseerd.

#### *Ziekenfondsen, huisartsen en de gevolgen van Dekker*

De historisch gegroeide relatie huisartsen-ziekenfondsen dreigde overhoop te worden gegooid met de plannen van de Commissie-Dekker. Regionalisering, concentratie en kostenbeheersing waren oude en bekende thema's, maar door Dekker werd nu bij de overeenkomsten ook gesproken over marktwerking, concurrentie en efficiencyverbetering.<sup>289</sup> De doorvoering van de plannen voor een beperkte volksverzekering eiste vier maatregelen: opheffing van de contracteerplicht, opheffing van het vestigingsbeleid, een ander tarievenbeleid en andere omschrijvingen voor zorgverleners.

Contracteerplicht, vestigingsbeleid en vaste tarieven belemmerden de invoer van concurrentie en de marktwerking in de gezondheidszorg. Deze zouden moeten zorgen voor lagere prijzen voor de zorg en efficiëntere hulp. Functionele omschrijving van zorg zoals het vervangen van huisartsenhulp door algemene geneeskunde zou voor de patiënt, in modern jargon zorgconsument genoemd, een grotere keuze in de hulpverlening betekenen. De consument kon dan kiezen voor *zorg op maat*.

De LHV was tegen de afschaffing van contracteerplicht, de vaste tarieven en het vestigingsbeleid uit angst dat de positie van haar leden in het geding kwam. In de praktijk zou het niet zo'n vaart lopen. De contracteerplicht ging in 1992 wel op de helling, maar de zorgverzekeraars hanteerden een ruim acceptatiebeleid en contracteerden vrijwel iedereen.<sup>290</sup> Zij hadden meer belang bij bestendige relaties met de medewerkers dan bij het voeren van een selectiebeleid. Een huisarts moest het wel bont maken, als hem een contract werd geweigerd. Het COTG stelde inderdaad maximumtarieven voor de vrije beroepsbeoefenaren, maar dit werden toch normtarieven.

De regionalisatie werd wel versterkt. De LHV en de VNZ sloten in 1993 een overeenkomst zorgverzekeraar-vrijgevestigde huisarts voor de periode 1994-1996, waarin de nadruk lag op regionale ordening van de huisartsgeneeskundige gezondheidszorg.<sup>291</sup> De LHV streefde naar *op regionaal niveau voorwaarden schepende overeenkomsten* tussen haar Regionale Districts Huisartsenverenigingen en regionale zorgverzekeraars. In deze overeenkomsten moest de regionale ordening vastgesteld worden van de huisartsenhulp en werd een model voor een individuele overeenkomst afgesproken. Andere zorgverzekeraars kunnen via een aansluitovereenkomst aan de overeenkomst met de regionale zorgverzekeraar deelnemen. Komen de tijden van de oude lokale collectieve overeenkomsten van voor 1941 weer terug?

De huisarts is steeds zakelijker gaan werken. De administratie van zijn praktijk werd vaak met steun van de zorgverzekeraars geautomatiseerd. De patiëntenadministratie werd sterk verbeterd met goede historieoverzichten en medicatiebewaking. Het contact tussen apotheek en huisarts bleef niet meer beperkt tot een slordig geschreven receptje, maar receptuur kan per fax of online worden doorgegeven aan de apotheek, waardoor de geneesmiddelenvoorziening voor de zorgconsument verbeterd werd. De financiële administratie van ziekenfondsen en huisartsen werd verbeterd door geautomatiseerde declaratieverwerking. De relatie ziekenfondsen-huisartsen is na 1987 sterk veranderd.

#### *De relatie ziekenfondsen-huisartsen na 1945; een evaluatie*

De relatie ziekenfondsen-huisartsen bleef na 1945 niet beperkt tot landelijke tariefonderhandelingen, maar strekte zich uit tot het regionaal of lokaal niveau, het persoonlijk contact met de arts zelf. De relatie werd op landelijk niveau bepaald door de contracteerplicht en de onderhandelingen over de arbeidsvoorwaarden. Deze arbeidsvoorwaarden zijn driemaal vastgelegd in een modelovereenkomst, in 1955, in 1982 en in 1993. De overeenkomst van 1954 werd wisselend gebruikt voor standaardovereenkomst tussen ziekenfondsen-huisarts. De overeenkomst van 1982 bevatte een bindende standaardovereenkomst.

De huisartsen bleven niet alleen als contractanten bij de fondsen betrokken, maar waren ook na 1945 door hun deelname aan de ziekenfondsbesturen nog steeds betrokken bij de ontwikkeling en de uitvoering van de ziekenfondsverzekering. Zij streefden via hun relatie met de ziekenfondsen naar erkenning van hun werk door eisen voor rechtvaardige honoraria. De huisartsen werkten met de fondsen samen in de commissies voor het plaatselijk vestigingsbeleid. De ziekenfondsen verkeerden

tot 1992 in een nadelige positie. Door de contracteerplicht konden zij de voorziening in huisartsenzorg kwalitatief en kwantitatief onvoldoende sturen. De kwestie-Maarssenbroek toonde aan dat dit alleen in goed overleg in de plaatselijke huisartsencommissies kon gebeuren.

De huisartsen kregen een steeds centralere rol in de eerste lijn van de gezondheidszorg. Dit is een natuurlijk proces. Behalve dat de huisarts curatieve zorg verleent, is hij van oudsher ook verantwoordelijk voor de verwijzing naar ziekenhuis, specialist of paramedische zorg. De huisartsen accepteren deze verantwoordelijkheid, maar kunnen deze het beste aan in overleg met de financier van de zorg, de zorgverzekeraar. Deze beschikt niet alleen over de verdeling van de plaatselijke geldstromen, maar heeft op plaatselijk niveau een spilfunctie door de betrokkenheid bij alle overleg in de zorgsector. Hij kan alle informatie leveren, die de huisarts voor zijn bemiddelende rol nodig heeft. Zorgverzekeraar en huisarts hebben elkaar gewoon broodnodig.

#### *Het overeenkomstenstelsel, de relatie artsen-ziekenfondsen en de overheid na 1945*

De artsen en de ziekenfondsen genoten als leden van het maatschappelijk middenveld hun grootste vrijheid bij de regeling van hun relatie door middel van het overeenkomstenstelsel, dat zich na 1945 op het landelijk niveau ontwikkelde tot het belangrijkste instrument voor de verstrekking van gezondheidszorg in natura. De onderhandelingen werden niet meer gevoerd door de ziekenfondsen en de artsen zelf, maar door hun collectieve belangenorganisaties GOZ/COZ/VNZ, LSV en LHV. De NMG speelde na 1945 geen rol meer op de eerste rang.

De ontwikkeling van het contractstelsel na 1945 dwong tot professionalisering bij het voeren van de onderhandelingen. De uitkomsten van deze onderhandelingen hadden gevolgen voor de kosten van de gezondheidszorg en de hoogte van de premies op het landelijk niveau en bleven niet meer beperkt tot de plaatselijke ziekenfondscontributie. De onderhandelingen werden daarom gevoerd door de vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties in overleg met deskundigen op economisch, sociaal en politiek gebied. De overheid controleerde de uitkomst door de goedkeuring door de Ziekenfondsraad en daarna door het COTG.

De overeenkomsten boden evenals in het systeem van voor 1941 de specialisten en de huisartsen erkenning, inkomsten, een rechtspositie en voorzieningen voor de uitoefening van hun praktijk. De belangrijkste voorwaarden voor de contractering en het werkgebied waren in de wet vastgelegd. De specialistenovereenkomsten betroffen vooral de tarieven en de beheersing van de kosten van specialistische zorg. De overeenkomsten van de huisartsen waren tot 1955 gericht op de verbetering van de inkomenspositie van de huisartsen. De huisartsen kregen na 1960 een steeds centralere en belangrijker rol in de gezondheidszorg, waardoor thema's als praktijkverbetering, vestigingsbeleid en regionalisatie bij de onderhandelingen en voor de relatie huisartsen-ziekenfondsen steeds belangrijker werden. Het overheidsbeleid versterkte deze ontwikkelingen.

De ziekenfondsen hadden bij de overeenkomsten verscheidene belangen. Zij streefden naar beheersing van de stijging van de honoraria om de verliezen op de vrijwillige verzekering te beperken en de premies zo laag mogelijk te houden. De onderhandelingen waren voor de ziekenfondsorganisaties naast de vrijwillige verzekering de belangrijkste vrijheid, die zij als organisaties van het maatschappelijk middenveld genoten en het voornaamste middel waarmee zij zelfstandig een stempel konden drukken op de ontwikkeling van de gezondheidszorg. De relatie artsen-ziekenfondsen was vaak harmonieus, maar veranderde door principiële verschillen of door de moeizame onderhandelingen soms in conflict. Dit was altijd tijdelijk.

Overheidsingrijpen veroorzaakte soms onrust in de verhouding artsen-ziekenfondsen, zowel bij de onderhandelingen voor de specialisten- als bij de huisartsenovereenkomsten. De overheid speelde soms een bemiddelende rol zoals bij de invoering van het verrichtingenstelsel voor de specialisten in 1949, maar de maatregelen van Hendriks in 1977 en Van Aardenne in 1978 werden door de fondsen en de specialisten als inbreuk op hun vrijheid gezien. Het LSV-conflict uit 1988 werd niet veroorzaakt doordat de specialisten zich door de ziekenfondsen tekortgedaan voelden, maar doordat de LSV door de politiek verweten werd te hoge kosten te maken, terwijl de VNZ geen verantwoordelijkheid voor het financiële beleid voor de overheid kon nemen. Dit conflict kon alleen worden beëindigd, doordat de overheid haar verantwoordelijkheid nam en bemiddelde. De relatie huisartsen-ziekenfondsen werd door de overheid verstoord met ingrepen of dreigende ingrepen in 1949 en in 1954. Het huisartsenconflict van 1966-1967 bleek daarentegen alleen door overheidsdwang te kunnen worden opgelost.

De invloed van de overheid op de relatie artsen-ziekenfondsen werd bij de onderhandelingen en de inhoud van de overeenkomsten geleidelijk groter. Het tarievenbeleid en de invoering van maatregelen als gevolg van de veranderingen in het zorgbeleid werden steeds meer bepalend voor de positie van de

huisarts en de specialist in de gezondheidszorg en het prijskaartje dat zij voor hun verrichtingen mochten rekenen. Dit versterkte de verzakelijking van de verhoudingen artsen-ziekenfondsen, maar tegelijk werd de samenwerking tussen de huisartsen en de verzekeraars door de ontwikkelingen op het gebied van de informatisering, in de gezondheidszorg zelf en door het gevoerde overheidsbeleid steeds nauwer, zowel op het landelijke als het regionale en plaatselijke niveau.

### 3.6 Conclusies

#### *De relatie artsen-ziekenfondsen na 1940; het kader*

De relatie artsen-ziekenfondsen veranderde ingrijpend onder de politieke druk en door de bijzondere omstandigheden in 1940 en 1941. De polarisatie verdween, de relatie werd harmonieus en de invoering van het Ziekenfondsenbesluit betekende de invoering van de landelijke ziekenfondsverzekering en het begin van de steeds groter wordende overheidsinvloed op de verhoudingen. Het kader voor de relatie wordt sindsdien gevormd door de ontwikkeling van de verzekering van de gezondheidszorg, de vrijheid van de artsen en de fondsen bij het voeren van beleid en de regeling van de relatie door middel van het overeenkomstenstelsel.

#### *Fasering in de relatie*

In 1945 werd de belangenbehartiging van de artsen gescheiden in die van huisartsen en specialisten door de oprichting van de LSV en de LHV en was er geen sprake meer van een uniforme relatie artsen-ziekenfondsen. De LSV en de LHV sloten na 1946 onafhankelijk van elkaar contracten met de ziekenfondskoepels, waardoor de relaties huisartsen-ziekenfondsen en specialisten-ziekenfondsen zich afzonderlijk ontwikkelden. De fasering in de relatie kon niet meer worden gekoppeld aan de onderlinge verhoudingen, maar was afhankelijk van de vrijheid die de overheid de artsen en de fondsen liet als leden van het maatschappelijk middenveld:

- 1940-1945: de bezettingstijd als overgangperiode, waarin de artsen en de fondsen veranderden van partijen die zelfstandig de inrichting van het ziekenfondsbestel vaststelden in leden van het maatschappelijk middenveld, dat belast werd met de uitvoering van de steeds meer door de overheidsregelgeving gedomineerde ziekenfondsverzekering. De ziekenfondsen en de artsen waren nauw betrokken bij de uitwerking van het Ziekenfondsenbesluit in de Uitvoeringsbesluiten;

- 1945-1974: de tijd, waarin de verzekering van de naoorlogse gezondheidszorg en het landelijke overeenkomstenstelsel ontwikkeld werd. Schaalvergroting en verzakelijking werden door de samenwerking van de ziekenfondskoepels en door de landelijke contractonderhandelingen voor de verhouding artsen-fondsen een belangrijk kenmerk;

De overheid liet de artsen en de fondsen het initiatief in de ontwikkeling van hun relatie in koepelorganisaties, gunde de ziekenfondsen het behoud van hun ideologische achtergrond en een zelfstandige ontwikkeling als verzekeraars en uitvoeringsorganen binnen het raam van de wetgeving en onder toezicht van de Ziekenfondsraad. De fondsen en de zorgaanbieders konden beleid voorstellen en initiëren dat door de overheid werd overgenomen, zoals regionalisatie en de instelling van tarieforganen;

- 1974-1987: de periode, waarin de vrijere rol van de ziekenfondsen en zorgaanbieders als leden van het maatschappelijk middenveld werd teruggedrongen. De overheid streefde naar een samenhangend beleid voor de hele gezondheidszorg door planning, beheersing en herstructurering. Het overheidshandelen beïnvloedde de relatie artsen-ziekenfondsen door het ingrijpen in de onderhandelingen voor de overeenkomsten, met de tariefvaststelling door het COTG en door het kortwieken van de ziekenfondsen door de opheffing van de vrijwillige verzekering en de invoering van de WTZ. De zelfstandigheid van de fondsen bij de uitvoering van de vrijwillige verzekering dwong hen bij de onderhandelingen tot een kostenbesparend tarievenbeleid, maar deze prikkel ging door de WTZ en het COTG verloren. De collectivisatie in het ziekenfondsbestel werd door de maatschappelijke en politieke ontwikkelingen versterkt met als uitkomst de samensmelting van alle ziekenfondskoepels tot de VNZ;

- 1987-1996: de tijd van het zoeken naar een nieuw evenwicht in de verhoudingen tussen artsen, fondsen en overheid. De politiek trachtte de beheersende rol van de overheid terug te brengen tot een meer controlerende rol. Marktelementen als opheffing van de contracteerplicht, een vrijer tarievenbeleid, grotere financiële verantwoordelijkheden voor de fondsen, convergentie van ziektekosten- en ziekenfondsverzekering en veranderingen in het toezicht op de verzekering moesten de partijen prikkelen tot kostenbesparende bedrijfsvoering, verbetering van de zorg en van de verzekering.

#### *De factoren, die de relatie hebben beïnvloed*

De relatie wordt na 1941 beheerst door factoren die direct met de verhoudingen artsen-ziekenfondsen te maken hebben en externe factoren die de relatie van buitenaf beïnvloeden. Directe factoren zijn de ideeën en de karakters van de betrokken personen, ideologie, wederzijdse afhankelijkheid en professionalisatie bij de ziekenfondsen en de artsen. Externe factoren zijn bijzondere omstandigheden,

de economische en sociale ontwikkelingen, het overheidsbeleid, ontwikkelingen in de medische wetenschap en de gezondheidszorg.

De ziekenfondsverzekering bleef ook in deze tijd afhankelijk van de ideeën en karakters van de betrokken personen. Voorbeelden van hen zijn politici en ziekenfondsprominenten als Veldkamp, Van der Reijden, Hendriks, Simons, Van Lienden, Snooy, Van de Bunt en de artsen met hun vertegenwoordigers als Nieuwenhuyzen en Van de Bunt.

De ideologische verschillen tussen de artsen en de onderling beheerde ziekenfondsen waren na de invoering van het Ziekenfondsenbesluit niet meer van doorslaggevende invloed op de ontwikkeling van het landelijk ziekenfondsbestel, maar bleven tot aan de oprichting van de VNZ in 1976 wel doorspelen door het onderscheid Maatschappijfondsen of Federatiefondsen V.M.Z. en onderling beheerde fondsen. De verzuiling bleef in de vorm van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen tot de fusie van de Bond met de CBOZ in 1971 een formele rol behouden, maar het katholieke element had zijn praktische betekenis voor het ziekenfondswezen door de ontzuiling geleidelijk verloren.

Artsen en ziekenfondsen bleven ook onder de paraplu van de overheid als verzekeraars en zorgaanbieders van elkaar afhankelijk. Het belang van de ziekenfondsverzekering werd voor de artsen door de voortdurende groei van het aantal verzekerden en de stijging van de honoraria alleen maar groter. Specialisten en huisartsen bleven, evenals vóór het Ziekenfondsenbesluit, hun erkenning als beroepsgroepen ontleen aan de ziekenfondspraktijk.

De machtsverhoudingen tussen de artsen en de fondsen waren eenzijdig. De ziekenfondsen konden door de in 1941 opgelegde contracteerplicht geen artsen weigeren en de artsen waren, afhankelijk van een vestigingsbeleid, verzekerd van een praktijk. De contractonderhandelingen waren overigens geen wassen neus. De ziekenfondsen en de artsen beschouwden deze als hun domein en verzetten zich zo veel mogelijk tegen inmenging door de overheid. De fondsen waren bereid tot aanpassingen van de tarieven en de rechtspositievoorwaarden, maar toonden zich onder druk van de vrijwillige verzekering bewust tot de noodzaak van kostenbeheersing. De tarieven bleven de verhoudingen ook onder het COTG-regime grotendeels beheersen, maar werden vooral bij de relatie huisartsen-ziekenfondsen aangevuld met streven naar praktijkverbetering en samenwerking bij de ontwikkeling van zorgbeleid en zorguitvoering.

De professionalisatie bij de ziekenfondsen en de artsen ging na 1940 versterkt door. De ziekenfondsen zetten het professionalisatieproces uit de tijd voor het Ziekenfondsenbesluit voort als uitvoeringsorganen, in hun koepelorganisaties en in hun relatie met de bovenbouwverzekeringen. Dit had invloed op hun relatie met de zorgaanbieders en stelde hen in staat zich aan te passen aan het steeds veranderende overheidsbeleid. Het belangrijkste teken van de professionalisatie bij de artsen was de verzelfstandiging van de Maatschappijfondsen en de Federatie V.M.Z. in 1952, waardoor de oude emotionele banden van de KNMG met de ziekenfondsen werden losgemaakt. De artsen konden eindelijk hun rol als beleidsbepalers bij de ziekenfondsverzekering loslaten en zich tijdens de onderhandelingen zakelijk als beroepsorganisatie opstellen, bijgestaan door economische, juridische en andere deskundigen.

De dwang, die tijdens de bezetting een einde maakte aan de polarisatie en de artsen en de fondsen dwong tot samenwerking en tot acceptatie van het Ziekenfondsenbesluit was de onverwachte omstandigheid, die de relatie artsen-ziekenfondsen diepgaand beïnvloedde.

De sociale en economische ontwikkelingen hadden invloed op de manier waarop gedacht werd over de verhoudingen tussen de fondsen en de artsen als maatschappelijk middenveld en de overheid zoals voor en na 1987. De economische ontwikkelingen boden tot de jaren '70 de mogelijkheid tot uitbreiding van de gezondheidszorg, de financiering van de verzekering en de verhoging van de tarieven en stelden in de periodes van teruggang grenzen aan deze groei. De welvaartsstijging was mede bepalend voor de door de overheid vastgestelde loongrenzen en daarmee voor de verhoudingen tussen ziekenfondsverzekering en ziektekostenverzekering. De artsen wilden hun aandeel in de groeiende welvaart verzilverd zien in hogere tarieven en verbetering van hun rechtspositie. Dit had zijn weerslag op de onderhandelingen voor de overeenkomsten.

Het overheidsbeleid bepaalde na 1941 de ontwikkeling van de ziekenfondsverzekering en betrok deze steeds meer bij het beleid voor de gehele gezondheidszorg.

De ontwikkelingen in de medische wetenschap en de gezondheidszorg vergrootten de vraag naar zorg, veroorzaakten kostenstijgingen en hadden hun invloed op de tariefvragen van de artsen tijdens de onderhandelingen voor de modelovereenkomsten.

*De relatie artsen-ziekenfondsen op het landelijk niveau, 1940-1996*

De relatie wordt in deze periode gekenmerkt door verzakelijking en schaalvergroting. De verhouding tussen de artsen en de fondsen werd op het landelijk niveau niet meer bepaald door strijd over ideologische principes of om de bestuursmacht, maar door wetgeving, materiële belangen en samenwerking bij de beleidsvorming in de gezondheidszorg.

De toenemende invloed van de overheid was de belangrijkste oorzaak voor deze verzakelijking. De overheid was verantwoordelijk voor de evolutie van de fondsen, die zich sinds 1940 hebben ontwikkeld van zelfstandige ziekenfondsverzekeraars tot uitvoeringsorganen en zorgverzekeraars. De artsen bleven onder het regime van het Ziekenfondsenbesluit wel de belangrijkste zorgaanbieders voor de ziekenfondsen, maar zij waren niet meer de dominante partij. Alle andere beroepsgroepen kregen gelijke rechten. De verschuiving van de onderhandelingen voor de ziekenfondsovereenkomsten van het lokale naar het landelijk niveau was de volgende stap in het proces van verzakelijking. De vrijheid, die de overheid de fondsen liet om met hun koepelorganisaties te onderhandelen over de overeenkomsten was bepalend voor het harmonieuze of conflictkarakter van de relatie artsen-fondsen. De verzakelijking werd door de overheid na 1987 versterkt doordat zij de ziekenfondsen grotere verantwoordelijkheden, bevoegdheden en vrijheid gaf.

De verzakelijking werd ook gedragen door de fondsen zelf door hun relatie met de bovenbouw, hun samenwerking in koepelorganisaties en de professionalisatie van hun bedrijfsvoering. De fondsen waren door deze ontwikkeling mede debet aan de ondermijning van solidariteit van de ziekenfondsverzekering door hun ondersteuning van de bovenbouwverzekering en de verzwakking van de vrijwillige verzekering rond 1980 en de introductie van collectieve contracten na 1990.

De verzakelijking manifesteerde zich bij de artsen doordat zij in 1945 de Maatschappijfondsen een eigen koepel toestonden en zich in 1952 als actieve deelnemers uit het ziekenfondsbestel terugtrokken door de fondsen met hun Federatie V.M.Z. te privatiseren. De scheiding van de specialisten en de huisartsen in LSV en LHV schiep duidelijkheid bij de behartiging van de beroepsbelangen en maakte gescheiden overeenkomsten voor beiden mogelijk. De overeenkomsten werden het belangrijkste element in de relatie artsen-fondsen, binnen het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ.

Schaalvergroting was het tweede kenmerk van de relatie artsen-ziekenfondsen. De verschuiving van de overeenkomsten naar het landelijk niveau werd mogelijk gemaakt door de collectivisatie van de ziekenfondsorganisaties in het COZ in 1947 en de vorming van de LSV en de LHV in 1945. De schaalvergroting uitte zich bij de ziekenfondsen door de collectivisatie van de koepelorganisaties, door de concentratie van fondsen en na 1987 door de samenwerking en fusies met ziektekostenverzekeraars. De concentratie van fondsen werd versterkt door de werking van de AWBZ. Regionalisatie was een steeds terugkerend thema bij de schaalvergroting, zowel bij de ziekenfondsen, bij de artsen, in hun overeenkomsten als in de formulering van het overheidsbeleid.

Het landelijk beleid voor de ziekenfondsen werd sinds 1941 niet meer uitsluitend geformuleerd door de artsen en de ziekenfondsen, maar door de samenwerking van de artsen, de ziekenfondsen, de overheid en alle andere betrokkenen. De uitvoering van dit beleid lag nog altijd in de handen van de fondsen en de medewerkers. Hoe ontwikkelde zich dit in Midden-Nederland?

1. J.J. Woltjer, *Recent verleden*, 134.
2. W.S.P. Fortuyn, 'Staat en sociaal-economische politiek in de twintigste eeuw' in: F.L. van Holthoon, *De Nederlandse samenleving sinds 1815*, 298.
3. J.J. Woltjer, *Recent verleden*, 448.
4. W. Albeda, '4. Minder regering of een andere regering' in: H. M. de Jong en J.J.A. Thomassen, *Tussen overheid en samenleving* (Enschede 1992) 49.
5. F.L. van Holthoon, 'Verzuiling in Nederland' in: F.L. van Holthoon, *De Nederlandse samenleving sinds 1815*, 168.
6. H.M. de Jong en J.J.A. Thomassen, *Tussen overheid en samenleving*, 1.
7. P.B. Boorsma en J.G.A. van Mierlo, 'De doelmatigheid van het maatschappelijk middenveld. Een politiek economische beschouwing' in: H.M. de Jong en J.J.A. Thomassen, *Tussen overheid en samenleving*, 152-153.
8. J.G.A. van Mierlo, '1. Particulier initiatief in bestuurs- en beleidswetenschappelijk perspectief: maatschappelijk ondernemerschap als moderniseringsstrategie?' in: P. de Jong, J.H. van der Made en J.G.A. van Mierlo, *Gezondheidszorg in de jaren negentig: op weg naar maatschappelijk ondernemerschap?* (Amsterdam 1993) 26.
9. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 231.
10. A. de Swaan, idem, 27.
11. Ph. A. Idenburg, 'Een beleid voor het maatschappelijk middenveld', in: H.M. de Jong en J.J.A. Thomassen, *Tussen overheid en samenleving*, 65.
12. G.H. Okma, *Studies on Dutch health politics, policies and law* (Utrecht 1997) 245-246.
13. J. Mannoury, 'De ontwikkeling van het sociale zekerheidsstelsel' in F.L. van Holthoon, *De Nederlandse samenleving sinds 1815*, 200-201.
14. J.J. Woltjer, *Recent verleden*, 301.
15. J.J. Woltjer, idem, 298.
16. L.A. van der Valk, *Van pauperzorg tot bestaanszekerheid*, 218.
17. L.A. van der Valk, idem, 219.
18. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 221.
19. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting* (Den Haag 1989) 18.
20. H. Festen, *125 jaar Geneeskunst en Maatschappij*, 392-393.
- H.C. v.d. Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 19.
21. C.J. Japenga en H.F. van der Velden, 'Het geneeskundig beroep en de regionale differentiatie in organisatie en financiering van de gezondheidszorg in Nederland (1900-1914)', 518-521.
22. Verslag van de Commissaris, belast met het toezicht op de ziekenfondsen, over het tijdvak 1 nov. 1941-31 dec. 1942, 6-8. In het vervolg afgekort als Verslag van de Commissaris.
23. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 22.
24. H.C. van der Hoeven, idem, 24.
25. Stichting HiZ, Poging tot samenwerken/fusie COZ-GOZ-ziekenfondsen, 1949-1956. Verslagen van de vergaderingen tussen de ziekenfondsorganisaties inzake samenwerking, 1940-1956, notulen van de bespreking van 25 september 1940.
26. De Nederlandse Bond van Ziekenfondsen was een samenwerkingsverband van de nog bestaande directiefondsen als het NAZ en het Rotterdamsch Ziekenfonds.
27. *Het Ziekenfonds* 11 (1939) 4.
28. Stichting HiZ, tot stand komen van de Federatie V.M.Z., 1933-1942. De oprichting van de Stichting Vereenigde Maatschappijziekenfondsen, aangezet door de actie van de Federatie Ziekenhuisverpleging, 1941, brief van het Maatschappij Ziekenfonds "Alphen en Omstreken" aan het Hoofdbestuur van de NMG, 1 september 1941.
29. Stichting HiZ, idem, notulen van de voorlopige Contact-bijeenkomst van Mij.-Ziekenfondsen, 19 oktober 1941.
30. Idem, notulen van de vergadering van provinciale afgevaardigden van Mij.-Ziekenfondsen van 26 oktober 1941.
31. Ph. de Vries, *MC 1941-1945, Geschiedenis van het verzet der artsen in Nederland* (Haarlem 1949) 8-17. Afgekort als MC.
32. MC, 15.
33. Stichting HiZ, tot stand komen van de Federatie V.M.Z., 1933-1942, brief aan W.M. de Vos, administrateur van "Alphen en Omstreken", 4 oktober 1941.

- 
34. Stichting HiZ, idem, conferentie van de Maatschappijfondsvertegenwoordigers Van den Bunt, Nieuwenhuyzen, Bartels en Berenpas met dr. Reuter, 7 november 1941.  
H. Festen, *125 jaar geneeskunst en Maatschappij*, 398.
  35. Stichting HiZ, tot stand komen van de Federatie V.M.Z., 1933-1942, brief van C. Eggink als secretaris en J.J. Koning als voorzitter van de Huisartsen Commissie aan de besturen van de Maatschappijfondsen, 3 november 1941.
  36. Stichting HiZ, idem, notulen van de Provinciale Afgevaardigden Vergadering van Mij.-Ziekenfondsbesturen van 23 november 1941.
  37. Idem, brief van de Stichting V.M.Z. aan de besturen van de Mij.-Ziekenfondsen, 27 november 1941.
  38. Idem, Stichtingsacte van de Vereenigde Maatschappijfondsen (V.M.Z.), 28-31 oktober 1941.
  39. MC, estafette-bericht van 19 december 1941.
  40. MC, Beschikking no. 1/41 van de President van de Nederlandse Artsenkamer en Leider van de NVZ, over de opheffing van de NMG.
  41. Stichting HiZ, tot stand komen van de Federatie V.M.Z., 1933-1942, notulen van de bestuursvergadering van de Stichting V.M.Z., 24 januari 1942.
  42. MC, 29.
  43. Stichting HiZ, tot stand komen van de Federatie V.M.Z., 1933-1942, brief van Eggink en Diehl aan Croin, 7 december 1941.
  44. MC, 27.
  - Stichting HiZ, opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959. Correspondentie betreffende de oprichting en opheffing van de Stichting Vereenigde Maatschappijziekenfondsen, 1941-1942, brief van Nieuwenhuyzen en Bartels aan de besturen van de Fondsen, 9 februari 1942.
  45. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 76.
  46. MC, 34.
  47. Stichting HiZ, opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959, *Hoe is de huidige toestand in het ziekenfondswezen?* (Typescript; z.p. z.j.).
  48. Stichting HiZ, idem, houding van de Nederlandse artsen t.o.v. het huidige ziekenfondswezen, 7 februari 1942.
  49. MC, 35.
  50. L. Hoogenboom en H.J.F. Keers, *Het Ziekenfondswezen* (Wassenaar 1948) 138.
  51. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 36.
  52. H.C. van der Hoeven, idem, 15.
  53. Verslag van de Commissaris over het tijdvak 1 nov. 1941-31 dec. 1942, 11.
  54. Idem, 15.
  55. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 36-40.
  56. H.C. van der Hoeven, idem.
  57. NMP, inv.no. 316, Doss.nr. 253. Commissie voor het ziekenfondswezen. 1935-1942, brief van de secretaris van de Commissie voor het Ziekenfondswezen aan de secretaris van de NMP over de houding van de NMG, 31 maart 1941.
  58. 'Een betekenisvolle publicatie', *Het Ziekenfonds* 11 (1941) 4.
  59. VHZ, z.i., Nota 'Ter bespoediging invoering ziekenfondsbesluit', september 1941.
  60. Verslag van de Commissaris over het tijdvak 1 nov. 1941-31 dec. 1942, 16.
  61. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 2-3.
  62. Alle door de Duitsers genomen maatregelen op sociaal gebied werden gehandhaafd als passend in de Nederlandse ontwikkeling. Mededeling van L.A. van der Valk.
  63. Verordeningenblad voor het bezette Nederland, 16 augustus 1941, Verordening 160/1941. In het vervolg afgekort als Ziekenfondsenbesluit.
  64. L.S. Godefroi, *Het ziekenfondswezen in Nederland. Ontwikkelingen en perspectieven* ('s-Gravenhage 1963) 59-60.
  65. Ziekenfondsenbesluit, art. 3, lid 1.
  66. Verslag van de Commissaris over het tijdvak 1 nov. 1941-31 dec. 1942, 27.
  67. L.H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondswezen*, 6.
  68. Ziekenfondsenbesluit, art. 2, 1e lid.
  69. Verslag van den Commissaris over 1 nov. - 31 dec. 1942, 118.
  70. L.H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondswezen*, 3.
  71. Ziekenfondsraad, *Rapport betreffende de ontwikkeling van de Nederlandsche ziekenfondsverzekering*, 8.
  72. L.H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondswezen*, 4.

- 
73. L.H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, idem, 49-65: Ziekenfondsenbesluit, Tweede uitvoeringsbesluit, artikel 14.
74. Ziekenhuisverpleging was beperkt tot 42 ligdagen per geval met verpleging en behandeling in de laagste klasse: operatie, verbandmiddelen en medicijnen.
75. L.H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondswezen*, 60-61.
76. L.H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, idem, 60.
- D. Kortenhoeven, *100 jaar fysiotherapie*, 109.
77. Verslag van de Commissaris over het tijdvak 1 nov. 1941-31 dec. 1942, 76.
78. Verslag van de Commissaris, 1 nov. 1941 - 31 dec. 1942, 79-81; idem, 1943, 61-64, idem, 1944-1945, 63- 67.
- MC, 378.
79. Verslag van de Commissaris, 1946-1947, 86.
80. Idem, 1943, 64-65.
81. Idem, 1943, 4-5.
82. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 71.
- Verslag van de Commissaris, 1 nov. 1941- 31 dec. 1942, 29.
83. Verslag van de Commissaris, 1 nov. 1941 - 31 dec. 1942, 38.
84. Idem, 48.
85. Ziekenfondsraad, *Rapport betreffende de ontwikkeling van de Nederlandse ziekenfondsverzekering*, 11.
86. De formulieren 02, 03 en 04 voor de verzekerdenadministratie en de voorschotten voor de abonnementshonoraria, 05 voor de kwartaaloverzichten met de indeling van de uitgaven voor de financiële administratie en de staat 08 met dezelfde kostenindeling voor de jaarstukken. 05 werd ook gebruikt voor de statistiek voor de verstrekkingen.
87. Verslag van de Commissaris, 1 nov. 1941- 31 dec. 42, 33.
88. L.H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondswezen*, 80: Ziekenfondsenbesluit, Uitvoeringsbesluit II, artikel 19.
89. Verslag van de Commissaris, 1 nov. 1941 - 31 dec. 1942, 71, 86.
90. VHZ, z.i. brief van W.M. de Vos aan A.H. Beenhakker, z.d., doorslag.
91. Verslag van de Commissaris, 1 nov. 1941- 31 dec. 1942, 92, 102-103.
92. NMP, inv.no. 430, Doss.nr. 361.1 Centrale Bond van Ziekenfondsen. 1937-1942. "Om het behoud van belangrijke instellingen", afschrift van Het Ziekenfonds, februari 1942.
- K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 57-58.
93. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 147-148.
94. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 58, 145.
95. Verslag van de Commissaris, 1943, 15-19.
- K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 60.
- MC, 380- 382.
96. Verslag van de Commissaris, 1943, 4.
97. MC, 299-308.
98. Verslag van de Commissaris, 1943, 4-10.
99. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 79.
100. Verslag van de Commissaris, 1943, 10-11.
- MC, 305.
101. Verslag van de Commissaris, 1943, 16.
- <sup>102</sup>. *Ziekenfondswet*, editie Schuurman & Jordens (Zwolle 1980) XV.
- <sup>103</sup>. L.A. van der Valk, *Van pauperzorg tot bestaanszekerheid*, 51.
- <sup>104</sup>. L. H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondswezen*, 140-141,
- <sup>105</sup>. Verslag van de Commissaris, 1949, 495-496.
- <sup>106</sup>. Beschikking van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van 17 maart 1980, no. 24 474, Strct., 70, i.z. samenstelling Ziekenfondsraad, in: *Ziekenfondswet*, 386-388.
- <sup>107</sup>. De Federatie V.M.Z. was als koepel van de Maatschappijfondsen in 1945 opgericht.
- <sup>108</sup>. Verslag van de Ziekenfondsraad over het jaar 1951, 31.
- <sup>109</sup>. *Ziekenfondswet*, art. 40: de Ziekenfondsraad kan regelen stellen betreffende:
- a. de minimumeisen, waaraan de administratie moet voldoen, met inbegrip van het verzamelen van statistische gegevens; [...]
- Ziekenfondswet*, 98.

- 
- <sup>110</sup>. J.A.M. Maarse, '4. Overheid en volksgezondheid', in: J.A.M. Maarse, I.M. Mur-Veeman (red.), *Beleid en beheer in de gezondheidszorg. Problemen, structuren en effecten* (Assen 1990) 62.
- <sup>111</sup>. In 1997 bestond de Ziekenfondsraad uit 38 leden voor ZFW-zaken en 46 leden voor AWBZ-Zaken. De leden bestaan uit afgevaardigden van groeperingen, die belangen hebben bij de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ en onafhankelijke Kroonleden. De Raad zal vanaf 1 januari 1998 bestaan uit uitsluitend 9 kroonleden en onder de naam College voor Zorgverzekerden verder leven. Taakprofiel van de Ziekenfondsraad, 1997, <http://www.ziekenfondsraad.nl/taak.htm>, 28/4/97.
- <sup>112</sup>. Het toezicht op de uitvoerende organisaties werd in 1996 opgedragen aan de Commissie Toezicht, die een onafhankelijke status heeft.
- <sup>113</sup>. H. Roscam Abbing, F.F.N. Rutten, *Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland. Een economisch-juridische studie* (Deventer 1985) 40.
- <sup>114</sup>. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 69.
- <sup>115</sup>. VHZ, inv.no. 78, brief van het bestuur van de Federatie V.M.Z. aan de aangesloten fondsen, 27 januari 1947.
- <sup>116</sup>. Ziekenfondsraad, *Rapport betreffende de ontwikkeling van de Nederlandse ziekenfondsverzekering*, 18.
- <sup>117</sup>. Ziekenfondsraad, idem, 53.
- <sup>118</sup>. M. de Bruine en F.T. Schut, 'Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering', in J.A.M. Maarse, I.M. Mur-Veeman (red.): *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, 122.
- K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 71.
- <sup>119</sup>. M. de Bruine en F.T. Schut, 'Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering', 124.
- <sup>120</sup>. G.M.J. Veldkamp, *Herinneringen 1952-1967. Le carnaval des animaux politiques* ('s-Gravenhage 1993) 172-173.
- H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 218-219, 226-227.
- <sup>121</sup>. H. Roscam Abbing, H., F.F.N. Rutten, *Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland*, 60.
- <sup>122</sup>. M. de Bruine en F.T. Schut, 'Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering', 128.
- <sup>123</sup>. C.A. Grünwald, '3. De groei van de gezondheidszorg', in: J.A.M. Maarse, I.M. Mur-Veeman (red.): *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, 33.
- <sup>124</sup>. C.A. Grünwald, '3. De groei van de gezondheidszorg', 32.
- <sup>125</sup>. C.A. Grünwald, idem, 33.
- <sup>126</sup>. De klinisch specialistische hulp werd ook na de afloop van het eerste jaar van de klinische behandeling als verstreking erkend. Archief van de Landelijke Specialisten Vereniging, z.i., *Ontwikkeling ziekenfondshonorering specialisten sedert 1958*, typescript.
- <sup>127</sup>. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 235.
- <sup>128</sup>. C.A. Grünwald, '3. De groei van de gezondheidszorg', 34.
- <sup>129</sup>. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 236.
- <sup>130</sup>. N. de Jong, 'Ontwikkelingen in het pakket en aanspraken verzekerden', in: J.W. van der Linden en J.L.M. van den Heuvel, *Zorg verzekerd... Ontwikkelingen in de sociale ziektekostenverzekering vanaf 1965: aanspraken en bestuurlijke organisatie. Gedenkboek ter gelegenheid van de vrijwillig vervroegde uittreding van mr. J.R. Boerlage* (Amstelveen 1989) 63-64.
- <sup>131</sup>. G.H. Okma, *Studies on Dutch health politics, policies and law*, 77.
- <sup>132</sup>. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 251.
- <sup>133</sup>. N. de Jong, 'Ontwikkelingen in het pakket en aanspraken verzekerden', 65.
- <sup>134</sup>. N. de Jong, idem, 65.
- <sup>135</sup>. J.P.M. Hendriks, 'De rol van de overheid', in: L.J. de Wolff, *De Prijs voor de Gezondheid. Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven 1965-1982* (Baarn 1984) 70.
- <sup>136</sup>. OA ANOVA-Verzekeringen, archief van de Samenwerkende Instellingen in de Gezondheidszorg, afgekort als SIG, inv.no. 2, brief van A.A. Snooy en F. Schrijver namens de stichting SIG aan de minister van Sociale Zaken, houdende de mededeling dat de voorbereidende werkzaamheden voor het oprichten van de stichting zijn afgerond en de buitengewone verzekering kan worden gestart. Met mededeling van de doelstelling van de stichting, 2 mei 1955.
- SIG, inv.no. 41, circulaire over het ontstaan en de doelstellingen van de Stichting Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg, mei 1956.

---

SIG, inv.no. 14, correspondentie betreffende het af te sluiten contract voor herverzekering tussen het SIG en de NSV, 1955.

<sup>137</sup>. Ziekenfondswet, art. 41, lid 1-4, Administratieve werkzaamheden voor bepaalde instellingen onder goedkeuring Ziekenfondsraad, in: *Wetgeving Gezondheidszorg-Suppl.* (april 1994) 134.

<sup>138</sup>. SIG, inv.no. 61, notulen van de vergaderingen van de Raad van Beheer van de SIG over de jaren 1955-1968. Besluitenlijst van 1968.

<sup>139</sup>. M. de Bruine en F.T. Schut, 'Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering', 134.

<sup>140</sup>. F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector* (Rotterdam 1995) 70-71.

<sup>141</sup>. M. de Bruine en F.T. Schut, Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering, 139-139.

<sup>142</sup>. G.H. Okma, *Studies on Dutch health politics, policies and law*, 122-123.

<sup>143</sup>. H.F. van der Velden, 'Het solidariteitsspel', in: Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening, *Volksgezondheid met beleid. Verkenningen van een breukvlak* (Zoetermeer 1996) 32.

<sup>144</sup>. R. T.S.M. Teeuwen, *Ontwikkeling Doelstelling Ziekenfondsen en hun Landelijke Organisatie* (Zeist 1993) 72-73.

<sup>145</sup>. J.T.M. van der Heyden, *Het Ziekenhuis door de eeuwen heen. Over geld, macht en mensen* (Rotterdam 1994) 90.

<sup>146</sup>. J.T.M. van der Heyden, idem, 140.

<sup>147</sup>. F.T. Schut, *Competition in the Dutch health sector*, 71.

<sup>148</sup>. Verslag van de Commissaris, 1948, 15.

<sup>149</sup>. Stichting HiZ, Opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959. Vergaderingsverslagen, notities en rapporten betreffende de reorganisatie van de Federatie en de verhouding tot de NMG, 1946-1959, verslag van de vergadering van het Voorlopig bestuur van de Federatie, 30 januari 1946.

<sup>150</sup>. H. Festen, *125 geneeskunst en maatschappij*, 494.

Stichting HiZ, Opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959. Correspondentie en vergaderingsverslagen betreffende de heroprichting van de Stichting Vereenigde Maatschappijziekenfondsen, 1945-1946, brief van de voormalige Stichting van Vereenigde Mij.-Ziekenfondsen aan de Club van 13, administrateurs, 22 september 1945.

Idem, circulaire van het Medisch Contact aan de besturen van de Maatschappijfondsen, 23 november 1945.

VHZ, inv.no. 78, correspondentie, verslagen en notulen betreffende de eerste jaren van de Federatie V.M.Z., 1945-1949, verslag van de secretaris van het Federatiebestuur over het oprichtingsjaar 1946.

<sup>151</sup>. Stichting HiZ, Opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959, verslag van de vergadering van afgevaardigden van Mij.-Ziekenfondsen en het hoofdbestuur van het Medische Contact, 1 december 1945.

Idem, verslag van de oprichtingsvergadering van de Federatie V.M.Z..

<sup>152</sup>. Stichting HiZ, idem, verslag van de Landelijke Raad van de Federatie, 1 mei 1946.

<sup>153</sup>. Idem, vergaderingsverslagen, notities en rapporten betreffende de reorganisatie van de Federatie en de verhouding tot de NMG, 1946-1959, circulaire van de Federatie aan de besturen van de aangesloten ziekenfondsen, 22 augustus 1947.

<sup>154</sup>. Idem.

<sup>155</sup>. Stichting HiZ, Losmaking van de Maatschappijfondsen van de NMG, 1941-1949, memorandum bij het schrijven aan het hoofdbestuur van de NMG over de verhouding Federatie-NMG, 27 mei 1947.

Idem, brief van F. Wibaut, secretaris van het Hoofdbestuur van de NMG aan de besturen van de Maatschappijfondsen, 22 augustus 1947.

<sup>156</sup>. Verslag van de Commissaris, 1946.

<sup>157</sup>. Stichting HiZ, Opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959, memorandum bij het schrijven aan het hoofdbestuur van de NMG over de verhouding Federatie-NMG, 27 mei 1947.

<sup>158</sup>. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 52.

<sup>159</sup>. Stichting HiZ, Opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959, brief aan de leden van de Landelijke Raad, de aan de Landelijke Raad toegevoegde directeurs/administrateurs en de secretaris van de districtscommissies, 29 juni 1949.

<sup>160</sup>. De constituerende vergadering van de NMG werd pas op 26 juli 1947 gehouden. De NMG kreeg in 1949 bij het 100-jarig bestaan het predikaat Koninklijk en werd KNMG. De apothekersorganisatie was in 1948 KNMP geworden.

<sup>161</sup>. Stichting HiZ, Opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959, Losmaking Maatschappijfondsen van de NMG, 1941-1949, brief van het Federatiebestuur aan het hoofdbestuur van de NMG, 27 mei 1947.

Idem, adres aan de afgevaardigden van de constituerende vergadering en de afdelingen van de NMG, juli 1947.

- 
- <sup>162</sup>. Stichting HiZ, idem, brief van F. Wibaut aan het bestuur van de Federatie V.M.Z., 2 augustus 1947.
- <sup>163</sup>. N. de Graaff, *Veertig jaar en volgende. Ontwikkelingen in en rond de Landelijke Huisartsen Vereniging* (Utrecht 1991) 11-13.
- <sup>164</sup>. Stichting HiZ, *Opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959*, bijlage bij de agenda van de Landelijke Raadsvergadering van 23 juli 1949, Verhouding van de Maatschappij-Ziekenfondsen tot de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst.
- <sup>165</sup>. Stichting HiZ, idem, rapport van de Reorganisatie-Commissie II, 14, 17 maart 1956.
- <sup>166</sup>. Stichting HiZ, vergaderingsverslagen, notities en rapporten betreffende de reorganisatie van de Federatie en de verhouding tot de NMG, 1946-1959, rapport van de Reorganisatiecommissie II, 17 maart 1956.
- <sup>167</sup>. Verslag van de Commissaris, 1946, 28.
- <sup>168</sup>. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 66.
- <sup>169</sup>. Verslag van de Commissaris, 1946, 206.
- <sup>170</sup>. 'Een stap in de goede richting', *Het Ziekenfonds* 1 (1948) 5.
- <sup>171</sup>. Stichting HiZ, poging tot samenwerken/fusie COZ-GOZ-ziekenfondsen, 1949-1956. Verslagen van de vergaderingen tussen de ziekenfondsorganisaties inzake samenwerking, 1940-1956, verslag van de bespreking van de Dagelijkse Besturen van de Federatie VMZ en de Centrale Bond op 3 januari 1952.
- <sup>172</sup>. R.T.S.M. Teeuwen, *Ontwikkeling Doelstelling Ziekenfondsen en hun Landelijk Organisaties*, 26.
- <sup>173</sup>. Stichting HiZ, poging tot samenwerken/fusie COZ-GOZ-ziekenfondsen, 1949-1956. Losmaking van de Stichting Autonome Ziekenfondsen van de V.M.Z., opgericht april 1951, Enkele gedachten over de verhouding van de Maatschappijfondsen tot de Federatie V.M.Z., 11 oktober 1949, typescript.
- <sup>174</sup>. Stichting HiZ, idem, schrijven van de Algemene Ziekenfondsen A.Z.B.O. te Breda, B.A.Z. te Nijmegen en Z.N.L. te Heerlen inzake opheffing verplichting aangesloten te zijn bij de Federatie, 19 maart 1951.
- <sup>175</sup>. Idem, circulaire aan de besturen van de Organisaties van Algemene Ziekenfondsen, 6 april 1951.
- <sup>176</sup>. Idem, STICHTING AUTONOME ZIEKENFONDSEN, \* een nadere verklaring, \* antwoord aan de heer C.J. van Lienden, brochure.
- <sup>177</sup>. Idem, brief van het hoofdbestuur van de KNMG aan de besturen van de Federatie en de betrokken ziekenfondsen, 7 september 1952.
- <sup>178</sup>. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 82-85.
- <sup>179</sup>. Stichting HiZ, poging tot samenwerken/fusie COZ-GOZ-ziekenfondsen, 1949-1956. Verslagen van de vergaderingen tussen de ziekenfondsorganisaties inzake samenwerking, 1940-1956, verslag van de bespreking tussen de ziekenfondsorganisaties inzake samenwerking, 15 juli 1955.
- <sup>180</sup>. Stichting HiZ, idem, verslagen van de vergaderingen van de ziekenfondsorganisaties over de mogelijkheden voor een grotere eenheid in het ziekenfondswezen, 21 juli en 15 augustus 1956.
- Idem, correspondentie en nota's betreffende de samenvoeging van ziekenfondsen en ziekenfondsorganisaties, 1950-1956, brief van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen aan het CBOZ, 12 mei 1956.
- <sup>181</sup>. Idem, correspondentie en notities, 1956, vergelijking tussen de aan de Algemene Vergadering van de CBOZ voorgelegde stellingen en richtlijnen, welke de Federatie V.M.Z. heeft voorgelegd, 11 juli 1956.
- <sup>182</sup>. Idem, brief van het dagelijks bestuur van de KNMG aan de Federatie V.M.Z., 13 april 1956.
- <sup>183</sup>. Idem, poging fusie-samenwerking V.M.Z.-CBOZ, OAZ 1951-1957. Notities, correspondentie, artikelen, nota van de leden van het dagelijks bestuur van de KNMG aan het hoofdbestuur, 25 februari 1957.
- <sup>184</sup>. R.T.S.M. Teeuwen, *Ontwikkeling Doelstelling Ziekenfondsen en hun Landelijke Organisaties*, 37.
- <sup>185</sup>. R.T.S.M. Teeuwen, idem, 48.
- <sup>186</sup>. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 265
- <sup>187</sup>. H.C. & E.W. van der Hoeven, idem, 273.
- F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector* (Rotterdam 1995) 57.
- <sup>188</sup>. F.T. Schut, idem, 57-58.
- C.A. Grünwald, '3. De groei van de gezondheidszorg', 34.
- H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 268-269.
- J.T.M. van der Heyden, *Het Ziekenhuis door de eeuwen heen*, 87.
- <sup>189</sup>. *Ontwerp Ziekenfondswet* ('s-Gravenhage 1951) 57.
- Studiecommissie Ziekenfondsverzekering, *Rapport betreffende de werkgebieden en de gevolgen van het werken van twee of meer fondsen in hetzelfde gebied* (Amsterdam 1958) 7-8, 15, 21-31, 44.
- R.T.S.M. Teeuwen, *Ontwikkeling Doelstelling Ziekenfondsen en hun Landelijke Organisaties*, 25-26.
- <sup>190</sup>. A.J.P. Schrijvers, *Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg* (Lochum 1980) 1-2.
- <sup>191</sup>. A.J.P. Schrijvers, idem, 3.
- <sup>192</sup>. H.C. & E.W. v.d. Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 290.

- 
- <sup>193</sup> . B. Sluyters, 'Gezondheidszorg', in: W.Th.G. Derksen, G. Drupsteen en W.J. Witteveen (red.), *Terugtrek van de regelgevers: meer regels, minder sturing?* (Zwolle 1989) 203.
- F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector*, 60-62.
- <sup>194</sup> . H.F. van der Velden, 'Het solidariteitsspel', 31.
- <sup>195</sup> . H. Festen, 'De geschiedenis van het ontstaan van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven', in: L.J. de Wolff (red.), *De prijs voor de gezondheid*, 30-31.
- <sup>196</sup> . H. Festen, idem, 35.
- <sup>197</sup> . Idem, 37.
- <sup>198</sup> . H.J. Hannesen en A. Sliedrecht, 'Het COZ in de praktijk', in: L.J. de Wolff, *De Prijs voor de Gezondheid*, 282.
- <sup>199</sup> . H.J. Hannesen en A. Sliedrecht, idem, 281.
- <sup>200</sup> . Idem, 302.
- <sup>201</sup> . *Wat is het COTG* (Utrecht 1995) 11.
- <sup>202</sup> . Idem, 11, 23.
- <sup>203</sup> . J.T.M. van der Heyden, *Het Ziekenhuis door de eeuwen heen*, 88.
- H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 288-289.
- <sup>204</sup> . H.C. & E.W. van der Hoeven, idem, 316-317.
- <sup>205</sup> . Commissie Dekker, *Bereidheid tot Verandering. Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg* ('s-Gravenhage 1987).
- Zie voor uitgebreide achtergronden voor de hervormingen in de gezondheidszorg met de politieke en maatschappelijke discussies en de ontwikkelingen in de periode 1987-1997: G.H. Okma, *Studies on Dutch health politics, policies and law* (Utrecht 1997) en F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector* (Rotterdam 1995), 43-89.
- <sup>206</sup> . *Ziekenfondswet*, editie Schuurman & Jordens 95, XXI.
- <sup>207</sup> . Commissie Dekker, *Bereidheid tot verandering*, 9, 13, 58-59, e.v.
- F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector*, 75-76.
- <sup>208</sup> . *Hoofdpijnen bedrijfsstrategie A&O-RZMN* (Amersfoort 1992).
- <sup>209</sup> . J.T.M. van der Heyden, *Het Ziekenhuis door de eeuwen heen*, 93.
- <sup>210</sup> . *Modernisering zorgsector, weloverwogen verder*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 22393, nr. 20, 4.
- <sup>211</sup> . *Modernisering zorgsector*, 7.
- <sup>212</sup> . *Ziekenfondswet*, editie Schuurman & Jordens 95, XXII.
- <sup>213</sup> . G.H. Okma, *Studies on Dutch health politics, policies and law*, 139-141.
- <sup>214</sup> . G.H. Okma, idem, 142.
- <sup>215</sup> . Ziekenfondsraad, *Rapport Evaluatie Overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, 1995 nr. 7, 3.
- <sup>216</sup> . F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector*, 81.
- <sup>217</sup> . Ziekenfondsraad, *Rapport Evaluatie Overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, 4.
- <sup>218</sup> . Ziekenfondsraad, idem, 24.
- <sup>219</sup> . Idem, 34.
220. Verslag van de Commissaris, 1944 en 1945, 55-67.
221. Ziekenfondsraad, *Rapport Evaluatie Overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, 1995, 6-7.
222. Verslag van de Commissaris, 1946 en 1947, 110-117.
223. *Sociale Verzekeringswetten, II*, Wetgeving Gezondheidszorg-suppl. 136, 3.3/art.44, 10-11.
224. *Sociale Verzekeringswetten*, idem, 12.
225. Verslag van de Commissaris, 1946-1947, 86.
226. Verslag van de Commissaris, idem.
227. N. de Graaff, *Veertig jaar en volgende*, 18. Afgekort als De Graaff.
228. De Graaff, 20-21.
229. Archief van de LSV, z.i., Inleiding, gehouden door A.C. Kraayenbrink op de Bilderbergconferentie van 25 en 26 januari 1956, 5-6.
- Afgekort als Bilderbergconferentie.
230. LSV, Bilderbergconferentie, 8.
231. Verslag van de Commissaris, 1948, 66.

- 
232. LSV, Bilderbergconferentie, 12.
233. Verslag van de Commissaris, 1948, 68.
234. LSV, Bilderbergconferentie, 19.  
Verslag van de Commissaris, 1949, 648-649.
235. LSV, Bilderbergconferentie, 16.
236. Verslag van den Ziekenfondsraad over 1951, 90.
237. Idem, 92.
238. LSV, Bilderbergconferentie, 20-21.  
LSV, z.i., Tarieven Commissie Bingen, 1.
239. LSV, Tarieven Commissie Bingen, 21.
240. LSV, Bilderbergconferentie, 20-21.
- Interview, gehouden met de heer H.J.T. Vermeulen van de LSV op 9 juli 1996.
241. LSV, Tarieven Commissie Bingen, 21.
242. LSV, z.i., ontwikkeling ziekenfondshonorering specialisten sedert 1958, 1.  
Afgekort als specialisten.
243. Interview, gehouden met de heer H.J.T. Vermeulen, 9 juli 1996.
244. LSV, specialisten, 3.
245. LSV, z.i., ontwikkelingen ziekenfondshonorering specialisten sedert 1970, 9.
246. Interview, gehouden met de heer H.J.T. Vermeulen, 9 juli 1996.
247. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 384.
248. H.C. & E.W. van der Hoeven, idem, 386.
- <sup>249</sup>. F.I. Schut, *Competition in the Dutch health care sector*, 67-68.
250. J.T.M. van der Heyden, *Het Ziekenhuis door de eeuwen heen*, 100-101.
251. J.T.M. van der Heyden, idem, 103.
252. Interview, gehouden met de heer H.J.T. Vermeulen, 9 juli 1996.
- <sup>253</sup>. F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector*, 69.
254. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 387.
255. Ziekenfondsraad, *Rapport Evaluatie Overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, 12.
256. Ziekenfondsraad, *Rapport*, bijlage 2.
257. De Graaff, 21.
258. Verslag van de Commissaris, 1949, 641-642.
259. De Graaff, 27.
260. De Graaff, 23-24.
- VHZ, in.no. 576, stukken betreffende het afsluiten van de nieuwe standaard-overeenkomst ziekenfonds-  
huisartsen 1954.
261. De Graaff, 24.
262. De Graaff, 25.
263. Idem.
264. De Graaff, 30-31.
265. De Graaff, 32.
266. Interview met N. de Graaff, directeur van de Landelijke Huisartsen Vereniging over  
onderhandelingsopvattingen bij de LHV, 1946-1991, gehouden op 1 juli 1996.
267. De Graaff, 35.
268. De Graaff, 45.
269. VHZ, inv.no. 448, standaardovereenkomst ziekenfonds-huisarts, 1954-1964. Met contracten voor  
apothekhoudende huisartsen.
270. De Graaff, 46-47.  
H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 238.
271. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 367, artikelen, circulaires en correspondentie betreffende het conflict  
tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en de organisaties van algemene ziekenfondsen over de honoraria,  
1967-1969, uiteenzetting van het geschil tussen de Landelijke Huisartsenvereniging en de ziekenfonds-  
organisaties over de honoreringsregeling 1967 t/m 1970, gehouden door J. Verschoor, voorzitter G.O.Z., 7  
maart 1967.
272. Interview met N. de Graaff, 1 juli 1996.
273. De Graaff, 56.

- 
274. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 367, circulaire van de Federatie V.M.Z. aan de besturen van de Federatiefondsen, 17 februari 1967.
275. Amersfoort en Omstreken, idem, brochure van het Centraal Bestuur van de LHV, 3 maart 1967.  
Idem, beschikking van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 10 maart 1967.  
Idem, uiteenzetting van het geschil tussen de Landelijke Huisartsenvereniging en de ziekenfondsorganisaties over de honoreringsregeling 1967 t/m 1970, gehouden door J. Verschoor, voorzitter G.O.Z., 7 maart 1967.
- O. van Noort, *Het Honorariumconflict van 1966-1967. Hoe huisartsen en ziekenfondsen het abonnementshonorarium betwistten* (Doctoraalscriptie EUR; Rotterdam 1993) 74-77.
276. O. van Noort, *Het Honorariumconflict van 1966-1967*, 76.
277. De Graaff, 56.
278. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 367, circulaires van de Federatie V.M.Z. aan de besturen van de aangesloten ziekenfondsen, 9 november 1966, 6 maart en 8 maart 1967.  
Idem, bijlage bij het perscommuniqué van het GOZ over de standpunten van huisartsen en ziekenfondsen, 25 oktober 1966.  
Idem, brief van het GOZ aan het bestuur van de LHV, 19 oktober 1966.
279. De Graaff, 104.
280. De Graaff, 105.
281. De Graaff, 107.
282. OA ANOVA-Verzekeringen, archief van het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland, dossiers Maarssebroek/Zilverzorg.
283. Maarssebroek had in 1976 niet meer dan 2.000 inwoners.
- VHZ, inv.no. 565, correspondentie, verslagen en statuten betreffende de fusie Liduina, Ziekenzorg en VHZ, 1977-1980, notulen van de raad van vertegenwoordigers der verzekerdenleden, 22 november 1976.
284. De Graaff, 118.
285. De Graaff, 112.
286. J.H. van der Made en L.C.M. Savelkoul, 'Particulier initiatief in de gezondheidszorg', in: P. de Jong, J.H. van der Made en J.G. A. van Mierlo, *Gezondheidszorg in de jaren negentig: op weg naar maatschappelijk ondernemerschap?* 86.
287. De Graaff, 112.
288. De Graaff, 112.
- <sup>289</sup>. Commissie Dekker, *Bereidheid tot Verandering*, 211-214.
290. *Wat is het COTG*, 9, 20-21.
- Ziekenfondsraad, *Rapport Evaluatie overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en AWBZ*, 3.
291. Ziekenfondsraad, idem, 19.