

## De euro in de spreekkamer 1900-2006

### SAMENVATTING

De dienstverlening van de arts aan de patiënt betekent dat er naast het zorginhoudelijk handelen ook een financiële verhouding is. In de geschiedenis zijn er twee financieringssystemen voor deze dienstverlening: particuliere, directe betalingen of betaling uit collectieve, meestal publieke verzekeringsarrangementen. Deze differentiatie bleef de verhoudingen in de spreekkamer bepalen tot de invoering van de basisverzekering voor curatieve zorg in 2006.

In deze bijdrage wordt vooral ingegaan op de manier waarop artsen reageerden op de collectieve financieringsarrangementen, de ziekenfondsverzekeringen. Hun beroepsorganisatie, de NMG, ontwikkelde na 1900 een landelijk ziekenfondsbeleid met collectieve contracten voor curatieve zorg en regionale ziekenfondsen, dat tot de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering in 1941 zeer succesvol was. Na 1945 werden de belangen van huisartsen en specialisten behartigd door gescheiden verenigingen, die met de ziekenfondsorganisaties onder toezicht van de overheid onderhandelden over landelijke contracten voor tarieven en beroepsuitoefening.

De patiënt zelf had in de gehele periode geen invloed op de gulden/euro in de spreekkamer, maar afhankelijk van zijn verzekering betaalde hij direct of indirect voor de dienstverlening van zijn arts.

## TREFWOORDEN:

ziekenfonds, particuliere ziektekostenverzekeraar, Maatschappijfondsen, Ziekenfondsbesluit, Ziekenfondswet

## INLEIDING

Geneeskunde is dienstverlening. Dienstverlening heeft een prijs, een tarief of honorarium. Het werk van de arts is dienstverlening. De arts dient dus voor zijn werk een honorarium te krijgen. De relatie tussen de arts en zijn patiënt bestaat in de spreekkamer daarom uit twee componenten: het geneeskundig of curatief handelen en de honorering ervan door de gulden, na 2002 de euro.

De belangrijkste artsen met een spreekkamer zijn van oudsher de huisartsen en specialisten die op verschillende wijze hun dienstverlening uitoefenden en werden gehonoreerd. De vraag rijst: 'hoe werden deze artsen voor hun dienstverlening gehonoreerd, wat was hun invloed op de hoogte van deze honorering en wat betekende dit voor de gulden/euro in de spreekkamer?'

Dit verhaal begint aan het einde van de achttiende eeuw als er, heel voorzichtig, een nieuwe vorm van collectieve financiering van curatieve zorg op komt: de ziekenfondsverzekering naast de aloude gildfondsen. Het verhaal wordt afgesloten in 2006 met de laatste grote stelselwijziging bij de zorgverzekering: de invoering van de basisverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

## ARTSENHONORARIUM VOOR 1795:

### PARTICULIER OF COLLECTIEF BETAALD?

De geschiedenis van het artsenhonorarium is zo oud als het geneeskundig beroep zelf. Maar in tegenstelling tot de rekening van vrijwel alle andere vormen van dienstverlening zijn door sociale oorzaken de honoraria voor dezelfde dienstverlening verschillend: tarieven voor degenen die de dienstverlening zelf konden betalen en tarieven

voor collectief gefinancierde zorg voor degenen die dit niet konden. Vóór 1795, het einde van de Republiek der Nederlanden, betaalden adel, kooplieden, regenten en de gegoeede middenstand zelf of ‘particulier’ de zorg van doctores medicinae, de chirurgijns of vroedmeesters. De financiële relatie tussen arts en patiënt/cliënt was persoonlijk. De betaling gebeurde na de behandeling; over het tarief werd onderhandeld.

De zorg voor de rest van de bevolking, de klasse met minder financiële draagkracht of ‘minvermogenden’, werd gefinancierd door collectieve arrangementen, gevormd door onderlinge hulpverlening. Deze collectieve onderlinge hulpverlening werd tot 1750 gedomineerd door beroepsgebonden hulpfondsen: de gilde- of knechtsbussen.<sup>1</sup> Contributiebetaling en reservevorming maakte collectieve dekking van de risico’s van gezondheid mogelijk. Vergoeding van de kosten van ziekenzorg behoorde standaard tot de dekking. Gildebroeders, knechten en familie konden een beroep doen op de door de bus aangetrokken arts voor geneeskundige hulp en medicijnen. Specialistische heelkundige of chirurgische hulp behoorde ook tot de mogelijkheden. De arts kreeg voor zijn diensten per verrichting betaald. De tarieven werden door het gildebestuur en de arts in onderling overleg vastgesteld.

De exclusiviteit van de gilde- en knechtsbussen veranderde na 1750. Zij schreven daarna ook niet-leden als verzekerden in en veranderden in algemene onderlinge fondsen voor sociale verzekeringen en medische zorg, zoals de Nijmeegse gildebus Broederschap De Timmermansbus van 1741. Dit fonds is via het Nijmeegse ziekenfonds BAZ en het Keizer Karelfonds de oudste rechtsvoorganger van zorgverzekeraar VGZ. De Nijmeegse artsen hebben al 275 jaar voor de betaling van hun diensten met deze zorgverzekeringslijn te maken.

Naast de bestaande bussen werden in de steden en in de dorpen nieuwe onderlinge fondsen opgericht. In de steden werden na 1750 ‘Sociëteiten’ opgericht voor geneeskundi-

ge zorg. Dit waren geen coöperatieve of onderlinge fondsen maar private instellingen, gesticht door particuliere ondernemers, door artsen en apothekers of door filantropische organisaties zoals de Maatschappij tot Nut van het Algemeen. Een aantal van deze fondsen was winstbeogend. Ondernemers beschouwden de fondskas soms als hun eigendom en hadden vaak geen oog voor de belangen van de verzekerden en de gecontracteerde artsen.<sup>2</sup>

Artsen kregen in de steden en in de dorpen steeds meer te maken met deze collectieve verzekeringsarrangementen. Soms waren zij zelf oprichter van een 'doktersbus', soms verleenden zij hun medewerking aan een fonds door het berekenen van bijzondere tarieven, of hadden zij te maken met 'Directeuren' van particuliere verzekeringsmaatschappijtjes die hen wilden dwingen tot lagere tarieven. Zij kregen hiermee een voorproefje van de ontwikkeling van de ziektekostenverzekering in de negentiende eeuw: de wereld van de ziekenfonds- en de particuliere verzekering.

ARTSEN EN ZIEKENFONDSEN:  
BELANGENBEHARTIGING EN HONORERING IN  
DE NEGENTIENDE EEUW

Particulier betalenden waren voor de arts de meest winstgevende groep in zijn praktijk. Door het inkomen uit de particuliere praktijk of *praxis aurea* kon hij bijzondere aandacht schenken aan zijn minvermogende patiënten.<sup>3</sup> Dit principe van kruissubsidie maakte het voor artsen mogelijk om tot aan de invoering van de basisverzekering in 2006 met de particuliere gulden/euro de lagere tarieven van de ziekenfondspraktijk te financieren.

De concurrentie in de negentiende eeuw tussen artsen onderling was groot. Van 1825 tot 1864 was het aantal geneeskundigen met 41% gegroeid, terwijl de bevolking minder snel toenam.<sup>4</sup> Dit betekende een daling van inkomen uit de particuliere praktijk en, vooral in de steden, ver-

zwakking van de positie van geneeskundigen tegenover de besturen en directies van verzekeringsfondsen. Dit was in 1846 voor Amsterdamse artsen en apothekers een reden voor gezamenlijke actie. Zij richtten het Algemeen Ziekenfonds Amsterdam op, het AZA, waardoor zij hun tarieven konden waarborgen, en zij voerden het principe van de vrije artsenkeuze in. Het AZA was de eerste blijk van een geslaagde collectieve belangenbehartiging van de medische stand voor uitschakeling van onderlinge concurrentie. Door de instelling van een welstandsgrens werd de particuliere praktijk afgeschermd van de ziekenfondspraktijk en werd het inkomen, de gulden, uit de particuliere praktijk gegarandeerd.<sup>5</sup> Het Amsterdamse voorbeeld werd nagevolgd, onder andere in Gouda (1857) en Rotterdam (1859).

Het principe van de welstandsgrens werd in 1912 tot landelijk beleid verklaard van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, NMG, en in 1941 opgenomen in het Ziekenfondsenbesluit als inkomensgrens voor de verplichte ziekenfondsverzekering. Deze ziekenfondsgrens werd in 2006 door de invoering van de Zorgverzekeringswet afgeschaft, 160 jaar na de uitvinding ervan in Amsterdam.

De NMG ging pas laat, na 1890, inzetten voor een landelijk beleid voor de ziekenfondspraktijk. De organisatie bemoeide zich niet met de particuliere praktijk die als eigendom van de arts werd gezien, maar kon dit voor de ziekenfondspraktijk niet volhouden. De concurrentie tussen artsen en ziekenfondsen werd in de steden aan het einde van de negentiende eeuw steeds groter.<sup>6</sup> De artsen klaagden steen en been over onoordeelkundige besturen van onderlinge fondsen, de eisen en 'graaierigheid' van fondsdirecteuren en de 'veeleisendheid' van fondspatiënten. De artsen wilden loon voor hun ziekenfondswerk en daarbij gaven de meesten de voorkeur aan een abonnementshonorarium: een vast bedrag per ziekenfondslid per jaar. Dit betekende voor de artsen een duidelijke bron van inkom-

sten, voor het ziekenfonds een overzichtelijk bedrag aan artsenkosten en voor de verzekerde de garantie van zorg: rust voor de gulden in de spreekkamer.

De relatie arts-ziekenfondsverzekerde was volgens de NMG een bijzondere relatie: 'Een ziekenfonds is een instituut, waar twee vrije partijen [de arts en de verzekerde] elkaar ontmoeten, waar het fondslid zijn rechten koopt tegen een voldoende en royaal bedrag, de arts zijn diensten verleent tegen een voldoende en royaal bedrag en waar beiden de bedongen voordelen in hun geheel en royaal ontvangen.'<sup>7</sup> Hiermee werden arts en ziekenfondspatiënt als gelijke partijen gezien, ook in de spreekkamer. Deze verzakelijking werd bepalend voor het beleid dat de NMG vanaf 1900 zou ontwikkelen.

#### DE GULDEN IN DE SPREEKKAMER 1900-1941: HET NMG-ZIEKENFONDSBELEID

De artsen hadden vanaf 1900 met hun NMG gegronde redenen om een landelijk beleid voor de ziekenfondsverzekering te voeren. Het kabinet-Kuyper kwam in 1904 met ontwerpen voor ziekteverzekeringswetgeving, waarbij de NMG om advies werd gevraagd. Dit was de eerste keer waarbij de overheid de relatie arts-patiënt financieel zou kunnen reguleren.

De tweede keer was in 1909-1910 toen minister van Arbeid A.S. Talma zijn ziektewet met ziekenfondsverzekering ontwikkelde. De NMG was hierop voorbereid en voerde een intensieve lobby om haar ideeën over erkenning en inrichting van ziekenfondsen, vrije artsenkeuze, de welstandsgrens, scheiding van ziekengelduitkering en verzekering van geneeskundige zorg, abonnementshonoraria en praktijkgroottes in Talma's wetgeving te krijgen. Deze lobby had succes, want vrijwel alle wensen van de NMG werden door Talma overgenomen.

De ziektewet kwam er echter niet voor 1912, het einde van het ministerschap van Talma. De wet werd pas in 1930

aangenomen. Wetgeving voor de regeling van de ziekenfondsverzekering mislukte voor 1941, omdat geen enkele minister van Arbeid of Sociale Zaken in staat bleek om regelgeving te ontwikkelen die voor de NMG, de vakbeweging of de ziekenfondsen zelf aanvaardbaar was.<sup>8</sup> De Duitse bezettende overheid lukte dit in november 1941 met de verplichte ziekenfondsverzekering volgens het Ziekenfondsenbesluit.

De NMG vulde dit vacuüm tot 1941 op met een eigen beleid voor de in opkomst zijnde particuliere ziektekostenverzekering en de ziekenfondsen. De artsenorganisatie kon haar leden, 95% van de Nederlandse artsen, tot uitvoering van het landelijk beleid verplichten door de invoering van bindende besluiten. Deze besluiten waren daardoor ook bepalend voor de financiële relatie tussen arts en patiënt in de spreekkamer als zij de verzekering van zorg betroffen.

Voor de particuliere ziektekostenverzekering werd in 1918 besloten om de NMG-leden te verbieden om contracten aan te gaan met particuliere verzekeraars.<sup>9</sup> De particuliere polis was een zaak tussen verzekerde en verzekeraar, niet van de arts. De verzekeraar mocht zich daar tegenover niet met de praktijkvoering van een arts bemoeien. Deze richtlijn bleef bestaan tot aan het einde van de particuliere ziektekostenverzekering in 2006.

De artsen beschouwden de ziekenfondsverzekering wel als hun knollentuin. Het grootste deel van de Nederlandse bevolking, meer dan 70%, was in staat de ziekenfondspremie te betalen. Huisartsen- en specialistenzorg behoorden vanaf 1910-1915 beide tot de ziekenfondsverstrekkingen. De Algemene Vergaderingen van de NMG van 1912 en 1913 namen bindende besluiten aan die direct invloed hadden op de rol van de gulden in de spreekkamer:

Bij bestaande ziekenfondsen moesten de individuele artsenovereenkomsten worden vervangen door collectieve overeenkomsten met de NMG. In deze contracten moesten bepalingen worden opgenomen over vrije art-

senkeuze, welstandsgrenzen, premies en honoraria. Huisartsen moesten worden gehonoreerd op abonnement, specialisten per verrichting. De NMG zou eigen fondsen oprichten, de zogenaamde Maatschappijfondsen, met door artsen, apothekers en verzekerden samengestelde besturen.

Vanaf 1917 tot 1941 ontwikkelde zich in de steden een stelsel van collectieve contracten dat concurrentie tussen ziekenfondsen en zorgaanbieders beperkte tot premie- en honorariumonderhandelingen bij verlenging of vernieuwing van deze contracten. Dit zorgde voor stabiele, sociaal aanvaardbare premies, redelijke honoraria voor artsen en apothekers en voor de fondsen de garantie van voldoende contracteerbare medewerkers en beheersbare exploitaties. Door het afsluiten van deze overeenkomsten werd een privaatrechtelijk ziekenfondsrecht ontwikkeld, dat in de spreekkamer en de apotheek tot 1941 bepalend was voor de financiële en juridische verhoudingen tussen arts, patiënt en apotheker. Voor de uitvoering en controle op deze overeenkomsten werden Commissies van Toezicht opgericht die de verrekeningen van honoraria en de controle over praktijkgroottes en de receptkosten verrichtten.<sup>10</sup>

De Maatschappijfondsen kwamen vanaf 1915 tot bloei, vooral in de plattelandsregio's. In de besturen van deze fondsen spanden artsen en de vertegenwoordigers van de verzekerden zich gezamenlijk in voor een zo volledig mogelijke en betaalbare zorg. De Maatschappijfondsen waren door deze gedeelde verantwoordelijkheid voor zorg een uniek type ziekenfonds in de Europese classificatie van sociale verzekeringsfondsen.<sup>11</sup> In geen ander land waren artsen in staat om door collectieve belangenbehartiging dergelijke fondsen op te richten.

De NMG wist door het stelsel van collectieve contracten en Maatschappijfondsen voor de verzekering van curatieve zorg een deel van het vacuüm op te vullen, waartoe de overheid door het falen van ziekenfondswetgeving tot



1941 niet in staat was. Doelstellingen als vrije artsenkeuze, verbetering van de eigen welstand, maar ook verbetering van de positie van de ziekenfondsverzekerde en van de gezondheidszorg werden gerealiseerd. De opname van insuline in de ziekenfondspakketten is een voorbeeld van dit beleid. Vanaf 1925 werd door samenwerking van artsen en ziekenfondsbesturen insuline door de ziekenfondsen vergoed. Hierdoor verbeterde de levensverwachting van diabetespatiënten én konden de ziekenfondsen hen inschrijven als betaalbare risico's.

De rol van de gulden in de spreekkamer werd tot 1941 dus niet gereguleerd door wetgeving, maar bepaald door de interactie van artsen en andere bij de financiering van zorg betrokken maatschappelijke partijen. De relaties in de ziekenfondsverzekering waren daarbij de belangrijkste elementen. Dit veranderde in november 1941 met het Ziekenfondsenbesluit.

#### HET ZIEKENFONDSENBSLUIT EN DE GULDEN IN DE SPREEKKAMER VANAF 1941: DE HUISARTSENPRAKIJK

De Duitse bezettende overheid zorgde met het Ziekenfondsenbesluit voor een revolutie in de Nederlandse curatieve zorg. Met dit Besluit werd door de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering de overheid beleidsbepaler voor de gulden in de spreekkamer.<sup>12</sup> Het private ziekenfondsverzekeringsbestel werd vervangen door een publiek-privaat bestel, waarbij de overheid de landelijk uniforme inkomensafhankelijke premie en loongrens vaststelde, de inhoud en vorm van het pakket verzekerde zorg bepaalde en eiste dat de verhoudingen tussen ziekenfondsen en zorgaanbieders door middel van landelijke overeenkomsten werden geregeld.

Het stelsel van plaatselijke collectieve overeenkomsten werd vervangen door landelijke overeenkomsten tussen ziekenfondsen en individuele beroepsgroepen. Huisart-

sen en specialisten onderhandelden vanaf 1946 niet meer gezamenlijk onder de vlag van de NMG op plaatselijk of regionaal niveau met de ziekenfondsen. De landelijk samenwerkende ziekenfondsen onderhandelden met nieuwe beroepsorganisaties van huisartsen, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), van specialisten, de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), en beroepsorganisaties van andere zorgaanbieders als tandartsen en fysiotherapeuten. De ziekenfondsen werden beschouwd als belangenebehartigers die namens hun verzekerden, meer dan 70% van de Nederlandse bevolking, onderhandelden over tarieven, inhoud en kwaliteit van zorg. Zij waren tegenover hen verantwoordelijk voor 'de hardheid van de gulden in de spreekkamer'.

De eerste afspraken voor huisartsen met landelijke tarieven en regelgeving voor de ziekenfondspraktijk werden in 1947 gemaakt. Deze afspraken werden na lang onderhandelen in 1955 vervangen door de eerste landelijke modelovereenkomst. De tijden waren voorbij dat huisartsen, specialisten en ziekenfondsbesturen in een café of parochiezaaltje met cognac en sigaren over centen en dubbeltjes confereerden. De beroepsorganisaties moesten aan de ziekenfondsen aantonen waarom zij kostenvergoedingen in de honoraria wilden doorberekenen. Kostenvergoedingen werden gekoppeld aan harde onderzoekscijfers.<sup>13</sup>

Tariefonderhandelingen konden harmonieus verlopen, maar ook met felle conflicten. In 1954 en 1966 hadden huisartsen en ziekenfondsen hooglopende ruzie door verschillende opvattingen over tarieven en praktijkgroottes. In 1966 werd bedreigd met een huisartsenstaking en 'lagen de bonboekjes voor de ziekenfondsverzekerden al klaar'. Door bemiddeling van minister van Sociale Zaken Gerard Veldkamp werd nog op tijd een nieuwe modelovereenkomst getekend. De ziekenfondsen hadden hierbij tot het uiterste weerstand geboden tegen de eisen van de LHV, maar moesten toegeven. Zij waren volgens het Ziekenfondsenbesluit, in 1964 vervangen door de Ziekenfonds-

wet, gedwongen om iedere nieuwe arts die een praktijk wilde vestigen, een contract aan te bieden.

De verhoudingen tussen de ziekenfondsen/zorgverzekeraars en de huisartsen veranderden onder invloed van de ideeën over marktwerking in de zorg, geïnspireerd door de voorstellen van de commissie-Dekker uit 1986. De landelijke contracteerplicht werd in 1992 afgeschaft. De huisarts ging steeds zakelijker werken. De gulden die hij voor zijn werk in de spreekkamer van de zorgverzekeraar kreeg, werd steeds meer afhankelijk van de kwaliteit van zijn administratie. Deze ontstee door automatisering het niveau van de patiëntenkaartenbakken met goede historieoverzichten en medicatiebewaking. Cijfers werden steeds belangrijker. Een patiëntencontact werd in 1991 voor vergoeding geraamd op achtenhalve minuut en deze norm geldt nog steeds.<sup>14</sup>

De solopraktijk-huisarts werd sinds de introductie van wijkgezondheidscentra in de jaren zeventig en in de zogenaamde HOEDEN (huisartsen onder één dak) van de jaren negentig vervangen door groepspraktijken. De huisarts, in de Structuurnota van 1974 beschreven als poortwachter voor de zorg van zijn patiënten, werd in 1994 door de commissie-Biesheuvel in een rapport over modernisering van de curatieve zorg genoemd als ‘beslisser over de kosten die al dan niet verderop in de gezondheidszorg worden gemaakt’. De huisarts zorgde dus niet alleen meer voor de gulden in zijn eigen spreekkamer of die van de groepspraktijk, maar ook voor de beheersing van de kosten in de rest van de gezondheidszorg: de eerste en tweede lijn.

Het oude abonnementshonorarium uit de ziekenfondspraktijk werkte in het voordeel van de huisartsen die snel doorverwezen. Het oude verrichtingentarief uit de particuliere praktijk stimuleerde huisartsen om zoveel mogelijk zelf te behandelen. Maatschappelijk en politiek leek er consensus te bestaan om de voordelen van deze historische scheiding te combineren. Verzekeraars, huisartsen en overheid waren het er in 2000 over eens dat de

honoreringpraktijk moest worden aangepast. Factoren buiten de spreekkamer als demografische ontwikkelingen, ketenvorming in de zorg, werken in achterstandswijken en de verschuiving naar vraaggestuurde zorg waren oorzaken voor taakverzwaring en taakveranderingen voor de huisarts.

De huisartsen werden, evenals in 1966, echter steeds ontevredener over de honorering van hun inspanningen. Het belang van de gulden in de spreekkamer werd politiek snel groter. Zonder deugdelijke financieringsstructuur en goede functionele omschrijving van de door huisartsen verleende medische en sociale zorg zou de invoering van de op stapel staande basisverzekering voor curatieve zorg volgens de Zorgverzekeringswet in 2006 niet mogelijk zijn. Na langdurig onderhandelen tussen de LHV en Zorgverzekeraars Nederland, de opvolger van de ziekenfonds- en ziektekostenverzekeraarsorganisaties, werd in 2006 een nieuwe modelovereenkomst afgesloten waarin de verschillende honoreringssystemen werden samengevoegd. De huisartsen kregen vanaf 2006 een bedrag per verzekerde per kwartaal, afhankelijk van werkomstandigheden. Consulten, visites en bijzondere zorg werden gehonoreerd per verrichting.

De modelovereenkomst LHV-ZN uit 2006 vormde het sluitstuk van de structurering en financiering van het huisartsenberoep zoals deze sinds 1900 was ontwikkeld. De eeuwenoude scheiding tussen ziekenfonds- en particuliere praktijk werd door de basisverzekering curatieve zorg opgeheven. De overeenkomst maakte een einde aan de in 1908 door de NMG gemaakte verdeling tussen abonnements- en verrichtingenhonoraria, die in 1941 en 1964 door het Ziekenfondsenbesluit en de Ziekenfondswet was bevestigd. Ook aan de kruissubsidiëring van de ziekenfondsen- door de hogere particuliere tarieven kwam een einde. Het huisartsenberoep leek door deze nieuwe financiering met de euro, de vervanger van de gulden, voor het werk in de spreekkamer toekomstbestendig geworden.

HET ZIEKENFONDSENBSLUIT EN DE  
GULDEN IN DE SPREEKKAMER VANAF 1941:  
DE SPECIALISTENPRAKIJK

In 1946 werden de eerste landelijke onderhandelingen voor specialistenhonoraria voor de ziekenfondsverzekering gestart. De specialisten wilden na decennia van vooroorlogse onderbetaling loon naar werken. De LSV, de landelijke specialistenorganisatie, probeerde dit in 1946 tijdens onderhandelingen met de ziekenfondsorganisaties te realiseren met landelijke abonnementshonoraria, maar daar wilden leden zelf niet aan. Zij stonden op de invoering van klinische en poliklinische verrichtingen.<sup>15</sup> De ziekenfondsorganisaties wilden daar evenwel niet aan beginnen, want zonder beperkingen betalen aan de verrichtingen in de spreekkamer der specialisten was voor hen een bodemloze put.

Na het nodige wapengekletter en ingrijpen door minister van Sociale Zaken Dolf Joekes werd in 1949 een compromis bereikt: de specialisten kregen hun verrichtingentarieven, die voor de ziekenfondsen werden beperkt door degressieve tarieven als het verwijzingspercentage door de huisartsen met meer dan 15% zou stijgen. De LSV kon met deze degressieve tarieven instemmen omdat grotere praktijken deze kortingen beter konden dragen dan kleinere.<sup>16</sup> 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 en daarmee de hoogte van het tarief in de specialistische spreekkamer.

Het compromis van de degressieve tarieven leek mooi, maar specialisten en ziekenfondsen bleven ontevreden. De kortingen waren veel specialisten een doorn in het oog, terwijl veel ziekenfondsen het gevoel bleven houden 'een stap in het duister te doen'.<sup>17</sup> Een bemiddelingscommissie, de commissie-Bingen, vond in 1953 dat huisartsen

beter werden betaald dan specialisten, hoewel de uitoefening van het specialistenberoep 'hogere eisen stelt aan de intelligentie en/of de zintuigelijke begaafdheid van de medicus'.

De tarieven gingen vanaf 1955 omhoog en de degressieve kortingen werden onder druk van specialisten met grote praktijken afgeschaft. De tarieven werden technisch en trendmatig aangepast, totdat in 1984 staatssecretaris Joop van der Reijden de stijging van het aantal verwijzingen en de kosten van specialistische zorg wilde indammen. Hij bracht voor het eerst sinds 1955 weer korting door degressieve tarieven bij de onderhandelingen over een nieuwe modelovereenkomst ter sprake, tot woede van de beroepsgroep.<sup>18</sup> Specialisten werd verweten dat zij hun inkomen probeerden op te schroeven, waardoor zij op hun beurt het gevoel kregen beschouwd te worden als de aanjagers van de kostenstijgingen in de zorg.

Het gevolg was een gespannen sfeer tussen de ziekenfondsen, de LSV en de overheid, die uitmondde in het LSV-conflict van 1988-1989. De LSV gaf de ziekenfondsen de schuld van het conflict, terwijl Van der Reijden door zijn kortingen de knuppel in het hoenderhok had gegooid. De LSV verbrak de overeenkomsten met de fondsen. De ziekenfondsverzekerden waren daardoor de dupe. Zij moesten zelf de rekeningen van hun specialist betalen en konden deze daarna naar het fonds sturen, met een hoop administratieve ellende van dien. Het conflict werd in 1989 beëindigd met het Vijf Partijen Akkoord tussen de LSV, de samenwerkende organisaties van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars, de Nationale Ziekenhuisraad en de overheid.

De overeenkomst bleek geen rem op de kostenstijging voor specialistenzorg na 1989. De rol van de overheid bij de gulden in de spreekkamer van de specialisten was steeds groter geworden, maar opgelegde kortingsmaatregelen bleken niet te helpen. Voor de periode 1993-1996 werd een nieuwe overeenkomst gesloten waarbij de specialistische

zorg op landelijk niveau aan een maximum of lump-sum bedrag werd gebonden. Deze budgettering werkte door productiviteitskortingen en gebrekkige doelmatigheids-prikkels averechts en bezorgde veel specialisten grote ergernis.

Veel leden van de beroepsgroep voelden zich in 1994 verder in het nauw gedreven door het rapport van de commissie-Biesheuvel over het 'medisch-specialistisch bedrijf'. Deze integratie van verpleging en medisch-specialistische zorg sloot aan op de groter wordende verwevenheid van specialisten en ziekenhuisorganisaties en de zorgketen huisarts-intramurale instellingen-specialist. Hierdoor was een nieuwe bekostigingsstructuur nodig waarin de financieringsstromen uit de particuliere en ziekenfondsverzekeringen voor verpleging, geneeskundige zorg en onderzoek konden worden samengevoegd. Deze integratie zou op haar beurt de invoering van een basisverzekering maatschappelijk en politiek ondersteunen.<sup>19</sup>

Het rapport was om twee redenen tegen het zere specialistische been. De LSV vond dat de leiding van het medisch-specialistisch bedrijf zonder argumentatie in handen werd gelegd van het niet-medische ziekenhuismanagement. Het grootste struikelblok was de angst van specialisten voor het verlies van hun status als vrije ondernemer. Specialisten in loondienst vreesden voor inkomensdaling.

De voorstellen van de commissie-Biesheuvel voor het doorbreken van de bijna een eeuw oude verhouding tussen specialisten, ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars en ziekenhuizen maakten in 1998 de Wet Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf mogelijk. De uitvoering van de Wet met de geïntegreerde financieringssystematiek van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg zou echter nog heel wat voeten in de aarde krijgen. Vrijgevestigde specialisten waren fel op hun autonomie, inkomen en status en hadden geen direct belang bij een loondienstverband met een ziekenhuis. Verzekeraars van zorg wil-

den een efficiënt en beheersbaar tariefstelsel. Het resultaat werd na jaren voorbereiding in 2006 ingevoerd als het Diagnose Behandeling Combinatie of DBC-systeem, precies op tijd voor de stelselwijziging van de Zorgverzekeringswet en de basisverzekering curatieve zorg.

De euro speelde vanaf 2006 in de spreekkamer van de specialist een rol, die niet meer uitsluitend afhankelijk was van de onderhandelingen tussen de organisaties van zorgverzekeraars en specialisten. De honorering was afhankelijk geworden van de verrekening door de ziekenhuisadministratie en werd samengevoegd met de verpleegtarieven van de instelling waar de specialist werkte. Net als voor huisartsen was voor de specialisten de samenvoeging van de particuliere en de ziekenfondspraktijk in 2006 het einde van een tijdperk waarin de gulden en de euro door kruisbestuiving tariefdifferentiatie tussen beide verzekeringssystemen hadden mogelijk gemaakt.

#### SLOT

In 2006 werd de rol van de gulden/euro in de spreekkamer van huisartsen en specialisten vernieuwd. Tot dan toe werd deze bepaald door de differentiatie tussen ziekenfonds- en particuliere tarieven. Dit was een breukvlak in een lange ontwikkeling. De huisartsen en specialisten waren tot 1941 in staat om met hun belangenorganisatie NMG landelijk beleid te voeren op de markt van de curatieve zorg, zowel voor de ziekenfonds- als de ziektekostenverzekering. Dit veranderde in 1941 door de regelgeving van het Ziekenfondsenbesluit, in 1964 vervangen door de Ziekenfondswet. De overheid bepaalde sindsdien de kaders waarin ziekenfondsen en artsen konden onderhandelen over landelijke overeenkomsten. Specialisten en huisartsen konden niet meer acteren onder de vlag van één belangenorganisatie, maar kwamen gescheiden in LHV en LSV met de ziekenfonds- en zorgverzekeraarsorganisaties tot contracten.



De verzekerde zelf had geen invloed op de gulden/euro in de spreekkamer. Hij werd vertegenwoordigd door organisaties van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars. Maar direct als particulier of indirect als ziekenfondsverzekerde betaalde hij met zijn gulden of euro wel de dienstverlening van de huisarts of specialist.

#### NOTEN

- 1 S. Bos, “Uyt liefde tot malcander”. *Onderlinge hulpverlening binnen de Noord-Nederlandse gilden in internationaal perspectief (1570-1820)*, Stichting IISG Beheer, Amsterdam 1998, p. 23-24.
- 2 K.P. Companje, *Over artsen en verzekeraars. Een historische studie naar de factoren die de relatie ziekenfondsen-artsen vanaf 1827 op landelijk en regionaal niveau hebben beïnvloed*, Van Tricht uitgeverij, Twello 1997, p. 36.
- 3 H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg, 1850-1941. Medische armenzorg, ziekenfondsen en de verenigingen voor ziekenhuisverpleging op nationaal en lokaal niveau (Schiedam, Roordahuizem en Amsterdam)*, Erasmus Publishing, Rotterdam 1993, p. 49.
- 4 P. Juffermans, *Staat en gezondheid in Nederland. Met een historische beschouwing over het overheidsbeleid ten aanzien van gezondheidszorg in de periode 1945-1970*, SUN, Nijmegen 1982, p. 117.
- 5 Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg, 1850-1941*, p. 58.
- 6 Rapport over de ziekenfondsen te Amsterdam. Uitgebracht door de Ziekenfondscommissie, ingesteld bij Besluit van 28 October 1897 door de Afdeeling Amsterdam van de “NMG”. Amsterdam: 1900.
- 7 Companje, *Over artsen en verzekeraars*, p. 49.
- 8 Ibidem, p. 328.
- 9 K.P. Companje, *Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006*, Aksant, Amsterdam 2007, p. 298.

- 10 Companje, *Over artsen en verzekeraars*, p. 282.
- 11 Companje, *Tussen volksverzekering en vrije markt*, p. 524.
- 12 Companje, *Tussen volksverzekering en vrije markt*, p. 633-635.
- 13 N. de Graaff, *Veertig jaar en volgende. Ontwikkelingen in en rond de Landelijke Huisartsen Vereniging*, LSV, Utrecht 1996, p. 20-21.
- 14 Commissie-Biesheuvel, *Gedeelde zorg betere zorg. Achtergrondstudies van de Commissie modernisering curatieve zorg*, wvc, Den Haag 1994, p. 17-19, 21 en 23.
- 15 Companje, *Tussen volksverzekering en vrije markt*, p. 647.
- 16 A. Juch, *De medische specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg. Hun manifestatie en consolidatie, 1890-1941*, Erasmus Publishing, Rotterdam 1997, p. 43.
- 17 Companje, *Tussen volksverzekering en vrije markt*, p. 649.
- 18 Ibidem, p. 651.
- 19 Commissie-Biesheuvel, *Gedeelde zorg betere zorg*, p. 61.