

2.2 Een kader voor belangenbehartiging: de verzekering van de gezondheidszorg na 1945

De verzekering van de gezondheidszorg bleef ook na 1945 aan verandering onderhevig. De ziekenfondsverzekering, verdeeld in de verplichte, de vrijwillige en de bejaardenverzekering, werd voortdurend uitgebreid door 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 ziekenfonds- en de particuliere ziektekostenverzekering werden opgelost.

Ziekenfondsenbesluit, Ziekenfondswet en de ontwikkeling van het overheidstoezicht

Het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten vormden na mei 1945 het kader voor de ontwikkeling van de verzekering van de gezondheidszorg. Het Ziekenfondsenbesluit werd met alle uitvoerende maatregelen in 1966 door minister G.M.J. Veldkamp zonder ingrijpende maatregelen in de Ziekenfondswet omgezet met de bedoeling om het Besluit te vervangen door een normale wettelijke regeling.¹ Tegelijk werd het ziekenfondsrecht gecodificeerd en verbeterd.

De zelfstandigheid van de ziekenfondsen werd na de invoering van het Ziekenfondsenbesluit beperkt door hun nieuwe status van algemeen uitvoeringsorgaan. Deze zelfstandigheid hing af van de kracht, waarmee het management van de ziekenfondsen en hun koepelorganisaties de belangen van de fondsen en de verzekerden behartigden en was afhankelijk van de vrijheid die de overheid de fondsen als organisaties van het maatschappelijk middenveld toestond.

Zij waren vrij om hun organisatie en hun bestuur naar eigen inzicht in te richten, om te kiezen voor samenwerking onderling en in koepelorganisaties, om zich actief als verzekeringsorganisatie of zich als zorgaanbiedende instelling op te stellen voor zover de richtlijnen van de overheid dit toelieten. Zij hadden ook een beperkte vrijheid om in samenwerking met de zorgaanbieders invloed uit te oefenen op de beheersing van de kosten van de zorg en te reageren op de invoering van marktelementen in de zorg. Het toezicht op deze zelfstandigheid en het functioneren van de ziekenfondsen werd van 1941 uitgeoefend door de Commissaris met zijn Staatstoezicht, van 1949 tot 1999 door de Ziekenfondsraad, opgevolgd door het College voor Zorgverzekeringen, CvZ, en de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganen, CTU.

Het Ziekenfondsenbesluit werd na de bevrijding door het Militair Gezag gehandhaafd. Van der Does en Verweij kregen de wacht aangezegd. Van den Berg nam de taken van Van der Does over, eerst in het bevrijde Zuiden en na 5 mei 1945 voor het hele land. Het Ziekenfondsenbesluit bleef bestaan, ook al werd het verfoeid als een Duitse vlek op de Nederlandse sociale wetgeving.² Het Besluit terugdraaien werd als een sociale misdaad beschouwd. De verplichte verzekering was wel een Duitse maatregel, maar had de economische weerbaarheid van de lagere inkomens vergroot.

De angst voor terugkeer naar de polarisatie van voor 1940 was groot. Onderlinge concurrentie tussen de fondsen en hernieuwde strijd tussen de onderlinge fondsen, hun belangenorganisaties en de NMG zouden kwalijke gevolgen hebben voor de opbouw en verbetering van de gezondheidszorg en dat wilde geen enkele partij. De CBZ wilde in 1946 nog alle confrontaties met de artsenkoepel vermijden en liet voortdurend zijn waardering blijken voor het verzetswerk van het MC.³

Het kabinet Schermerhoorn-Drees besliste dat het Besluit niet zou worden ingetrokken, voordat een ziekenfondswet tot stand gekomen zou zijn. En dat was pas in 1966. 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*.⁴ Het Staatstoezicht werd daarom op 1 januari 1949 vervangen door de Ziekenfondsraad.

Het idee van een Ziekenfondsraad als toezichthoudend orgaan op het ziekenfondswezen was niet nieuw. De belangenorganisaties, betrokken bij het Unificatierapport, hadden zich in 1925 al uitgesproken voor een Raad, samengesteld uit maatschappelijke organisaties. Het idee dook in de dertiger jaren steeds op als mogelijke oplossing voor de problemen voor de strijd tussen de onderlingen en de NMG en was de spil van het wetsontwerp-Van den Tempel uit 1940.

De Ziekenfondsraad uit 1949 werd opgezet *op het kruispunt van gezondheidszorg en sociale verzekeringen*.⁵ De overheid, de sociale partners werkgevers en werknemers, de medische beroepsgroepen en de ziekenfondsorganisaties kregen ieder hun afvaardiging *opdat een ontwikkeling in werkelijk Nederlandse en democratische zin de belangen van gezondheid en sociale zekerheid door de vertegenwoordiging van alle betrokken groeperingen optimaal zou dienen*.⁶ De ziekenfondsverzekering was sinds

1941 geen zaak meer van de fondsen, hun belangenorganisaties en de NMG, maar behoorde tot het nationaal belang. Het toezicht was het domein van alle bij de ziekenfondsverzekering betrokken groeperingen en de overheid.

Dit betekende dat de ziekenhuisverplegingsverenigingen met hun belangenorganisaties werden uitgesloten. Het Ziekenfondsenbesluit had de integratie van de ziekenfonds- en de ziekenhuisverplegingsverzekering volgens het door Van Lienden in 1939 gepropageerde twee-zuilensysteem al onmogelijk gemaakt en door het besluit op de Ziekenfondsraad van 31 januari 1948 werd de FVVZ de toegang tot de Raad onthouden.⁷ De scheiding tussen beide verzekeringen was nu volledig. Gezamenlijke belangenbehartiging door de CBZ en de FVVZ, zoals in de Centrale Raad voor het Ziekenfonds- en Ziekenhuisverplegingswezen, had geen zin meer. De FVVZ met haar NeZiFo was definitief een ziektekostenorganisatie geworden.

De Ziekenfondsraad bestond in 1949 uit een voorzitter en 35 leden: zeven ambtenaren, negen vertegenwoordigers van de ziekenfondsorganisaties, drie werkgeversvertegenwoordigers, drie vakbondsleden, een afgevaardigde namens de Stichting van de Arbeid, vijf artsen, twee apothekers, twee tandartsen en een ziekenhuisdeskundige.⁸ De ziekenfondsen waren in 1949 vertegenwoordigd door afgevaardigden van hun belangenorganisaties met als belangrijkste coryfeeën J. v.d. Bunt van de Federatie VMZ, J.P.M. Hendriks, de Tilburgse voorman van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen, en Van Lienden namens de CBZ. De vakbonden waren vertegenwoordigd door de RKWV'er J. Veldman, tevens secretaris van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en J. Landman.

Deze samenstelling werd in de loop van de jaren aangepast en uitgebreid. De Raad was door de gemengde samenstelling een corporatief lichaam, net als de in 1950 geformeerde Sociaal-Economische Raad. De adviezen van de Ziekenfondsraad werden daardoor als afspiegeling van de meningen uit het maatschappelijk middenveld beschouwd. De Raad fungeerde als schakel tussen de ziekenfondsen en hun belangenorganisaties als uitvoerende instellingen van het maatschappelijk middenveld en de regering en het parlement als verantwoordelijken voor besluitvorming en wetgeving.

De ziekenfondsen werden door hun vertegenwoordiging in de Raad en door middel van de koepelorganisaties betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van wetten, zoals bij de Wet tot uitbreiding van de toepassing van het Ziekenfondsenbesluit in 1950.⁹ Het Ziekenfondsenbesluit was een eenzijdige, door de Duitsers opgelegde maatregel. Alle latere ziekenfondswetgeving kwam tot stand na advisering door de Ziekenfondsraad, waar de belangrijkste partijen in vertegenwoordigd waren. De ziekenfonds-, medewerkers- en vakbondsorganisaties lobbyden voor de behartiging van hun eigen belangen dan ook nog buiten de Raad om.

De invoering van de Ziekenfondsraad was de laatste stap bij de invoering van het private uitvoeringsmodel in de verzekering van de gezondheidszorg.¹⁰ De overheid bepaalt hierbij het beleid, de ziekenfondsen en de toezichthouders op de ziekenfondsverzekering 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 hun belangenorganisaties eisten toen een veel grotere zelfstandigheid bij de inrichting van de landelijke 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 overeenkomsten en het beheer van de premieopbrengsten en de Algemene Kas. Verzekering en zorg bleven gescheiden werkgebieden, hoewel al 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 zorgverzekeraars, hun koepels en de zorgaanbieders op de politieke en ambtelijke wereld kunnen uitoefenen, de maatschappelijke inzichten en de discussies in het parlement. De Raad veranderde daarom in de loop der tijd sterk in zijn samenstelling en door de scheiding van taken op de gebieden van uitvoering en controle in CvZ en CTU in 1999.¹¹

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

De toegang tot het ziekenfonds 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 Ziektewet 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.

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 de verplichte verzekering. 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. Dit tariefstelsel werd nog ingewikkelder door een reductieregeling om de premies voor bejaarden met kleine pensioentjes betaalbaar te houden.

De bejaardenverzekering werd gefinancierd door de premieopbrengst, aangevuld met overheidssubsidies en bijdragen uit het Vereveningsfonds van de verplichte verzekering. De kosten van de bejaardenverzekering werden een steeds groter probleem, waarvoor de ziekenfondsen en de overheid gezamenlijk een oplossing zochten. De inkomensstoelatingsgrens 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 diegenen, 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*.¹²

De ziekenfondsen hadden een beperkte vrijheid bij de uitvoering van de vrijwillige verzekering voor de verstrekkingen, het voeren van de administratie en het beheer van de financiën. Zij waren zelf verantwoordelijk voor een sluitende exploitatie. De verstrekkingenpakketten werden in 1947 op aandringen van de ziekenfondsorganisaties uniform gemaakt om de gebreken van de verzekering zo veel mogelijk op te heffen.¹³ De inkomensgrens werd voor alle fondsen gelijk getrokken.

De vrijwillige verzekering was voor de ziekenfondsen een molensteen om de nek. Het draagvlak van de oorspronkelijke vrijwillige ziekenfondsverzekering van voor 1 november 1941 was door de invoering van de verplichte verzekering te klein geworden, terwijl de kosten 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 of gedwongen 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 inkomenssolidariteitsverzekering, de vrijwillige verzekering was dit niet. Voor de doelgroep van de vrijwillige verzekering was sociale solidariteit echter juist hard nodig, want de weekpremies waren voor hen een rib uit het lijf. De weekpremies werden van 1947 tot 1952 landelijk gelijkgesteld. De overheid droeg met f 35.000.000 uit het Vereveningsfonds van de verplichte verzekering bij aan de tekorten van de vrijwillige verzekering. Door deze bijdrage werd bij de vrijwillige verzekering tijdelijk het solidariteitsbeginsel van de verplichte verzekering ingebracht. In 1950 werden de fondsen weer zelf verantwoordelijk voor hun premiehoogte, terwijl het verstrekkingenniveau niet mocht worden verlaagd. 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.¹⁴ De premies verschilden per regio, afhankelijk van de kosten van de gezondheidszorg en eventuele subsidies van de gemeentelijke overheden.¹⁵

Het probleem van de vrijwillige verzekering kon niet worden opgelost zonder grote subsidies, onaanvaardbaar hoge premies of heffing van premie naar draagkracht. Het waren eigenlijk twee problemen: de financiering van de verzekering en de toegankelijkheid door de premiehoogte. De verzekering was voor de fondsen een loodzware last uit het verleden, terwijl de overheid angstig was voor subsidiëring van een bodemloze put. 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.¹⁶ De Ziekenfondswet van 1964 hield de driedeling vrijwillig-verplicht-particulier in stand. De kosten van de gezondheidszorg bleven stijgen door inflatie, de toenemende vraag naar zorg en verhoging van de medische tarieven. De ziekenfondsen werd zelfs verweten dat zij schuldig waren aan de onbeheersbare stijging van de kosten van de zorg in de zestiger en zeventiger jaren. Deze liepen op van 5 miljard in 1968 tot 10 miljard in 1974.¹⁷ De fondsen zouden onvoldoende letten op de doelmatigheid van de zorgverlening, omdat zij de kosten van hun verstrekkingen volledig konden declareren. Dit was echter onterecht, want zij beschikten nauwelijks over mogelijkheden om de kosten van de zorg in de hand te houden. Zij waren door de contracterplicht en de landelijke medewerkersovereenkomsten gedwongen tot uitbetaling van alle declaraties. De vrijwillige verzekering bleef een probleemkindje.

Verzekering door de AWBZ

De ziekenfondsverzekering voorzag tot 1968 wel in de volledige dekking van artsenzorg, medicijnen, paramedische hulp en kunst- en hulpmiddelen, maar verstreekte slechts in beperkte mate ziekenhuisverpleging. De ziekenhuisverplegingsverzekering bleef ook na 1945 bestaan, maar herstelde zich niet van de klappen uit 1941 en was onvoldoende in staat om in de steeds groeiende behoefte aan zieken-

huiszorg en langdurige verpleging te voorzien. Deze toenemende vraag werd veroorzaakt door de inhaalbehoefte na de oorlog, de ontwikkeling van de verpleeghuiszorg, de 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: grote tekorten aan artsen, geneesmiddelen en ziekenhuisbedden. De bouw van ziekenhuizen werd echter beperkt met grote wachtlijsten voor opname, beddentekorten en veroudering van de bestaande ziekenhuizen tot gevolg. Dit kon na 1960 veranderen door de economische bloei. Deze moedigde de altijd zo spaarzame overheid aan en deze trok het bouwvergunningenbeleid in. Een explosie van nieuwbouw, modernisering en uitbreidingen was het gevolg. Het aantal bedden per 1.000 inwoners groeide van 3,8 voor de oorlog tot 5,3 in 1974.¹⁸

Bij de psychiatrische zorg bestond ook grote behoefte aan uitbreiding van het aantal plaatsen. In 1955 was er een tekort van 7.000 opnameplaatsen.¹⁹ Psychiatrische inrichtingen verpleegden niet alleen psychiatrische patiënten, maar verleenden ook de zorg voor volwassen zwakzinnigen en demente bejaarden. Voor deze groepen waren verpleeghuisvoorzieningen nodig.

Het proces van medische differentiatie en specialisatie ging door. De medisch-technische ontwikkelingen gingen tot 1955 snel. Nieuwe specialismen als plastische chirurgie, neurochirurgie en cardiologie eisten hun erkenning en honorering bij de verzekering van de zorg. Ondersteuning van de medische zorg door laboratoriumonderzoeken, anesthesie en röntgenologie werden steeds belangrijker voor de klinisch en poliklinische hulp.

Het probleem van de verpleging van chronisch zieken werd steeds dringender, zowel voor hun huisvesting als voor de financiering van de verpleging. 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 paramedisch therapeutische mogelijkheden. De kosten van deze zorg werden zo hoog, dat particuliere verpleging niet mogelijk was. Het Ziekenfondsenbesluit bood maar een verzorging van 42 dagen per opname, waardoor deze mensen net als voor november 1941 aangewezen bleven op de armenzorg.

De behoefte aan een wettelijke verzekering van deze langdurige zorg werd steeds groter. De verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging, zoals deze door de oude ziekenhuisverplegingsverenigingen geboden werd, had zich overleefd en was voor de ziekenfondsverzekering van geen betekenis meer. De ziekenhuisverpleging werd als verstrekking voor de verplichte verzekering op 1 januari 1964 uitgebreid tot 365 dagen, maar dit loste het probleem van de verpleeghuiszorg niet op. 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.²⁰ 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.

B. Roolvink, Veldkamps opvolger als minister van Volksgezondheid, loodste 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-verstrekkingsbestonden 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 366^e dag vergoed.

De gevolgen van Ziekenfondswet en AWBZ

De AWBZ had, net als in 1941 het Ziekenfondsenbesluit, verstreckende gevolgen voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg. De regeling van de financiering van chronisch zieken en gehandicapten maakte de ontwikkeling van nieuwe verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen mogelijk. De zwakzinnigenzorg werd verbeterd door de bouw van inrichtingen, gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven. Het aantal verpleeghuisplaatsen voor somatische en geriatrische patiënten groeide van 1.500 in 1950 tot 47.000 bedden in 1983.²¹ De verzorgings- en verpleegfuncties van de verpleeghuizen werden uitgebreid met therapeutische verzorging door bezigheidstherapeuten, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten.

De AWBZ was een volksverzekering, tegengesteld aan de ziekenfondsverzekering waar de verzekerde zelf zijn premie betaalde. De verzekering werd gefinancierd door eigen bijdrages, premies en rijksbijdragen. 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/Verbindingskantoor, VBK. Deze VBK's bemiddelden bij de erkenning en contractering van instellingen, verzorgden de AWBZ-administratie rond de opname en de behandeling, inden de eigen bijdragen en betaalden de instellingen. In 1989

werden de particuliere ziektekostenverzekeraars ook voor hun verzekerden aangesteld tot contactorganen voor de AWBZ. Ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars droegen in 1998 hun taken als VBK's over aan regionaal werkende Zorgkantoren.

De AWBZ vulde als volksverzekering de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekering aan en was bestemd voor de hele bevolking. Zij veranderde op den duur van karakter. Het principe van de verzekering van zware onverzekerbare risico's verdween geleidelijk. 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 1980.²² De Ziekenfondswet werd uitgebreid met verstrekkingen als psychiatrische dagbehandeling, revalidatiedagbehandeling, anticonceptiemiddelen, 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 aan de hemel blijven groeien. De presentatie van de Structuurnota Gezondheidszorg van staatssecretaris J.P.M. Hendriks kondigde de grens van deze groei in 1974 al aan.²³ De vraag naar zorg groeide harder dan het aanbod, de wachtlijsten voor opnames en de 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 1971.²⁴ Deze stijgingen waren niet alleen te danken aan de uitbreiding van het aantal verstrekkingen, maar ook aan de voortdurende verhogingen van de tarieven. De premiestijgingen van de verplichte verzekering die voor de dekking van deze kostenstijging nodig waren, werden als bedreiging voor de economische ontwikkeling van het land gezien omdat zij op hun beurt de inflatie weer stimuleerden.²⁵

Niet alleen de kostengroei, maar ook de structuur van de gezondheidszorg dreigde problemen op te leveren. Het voorzieningenniveau was hoog, maar zonder beleidsvisie tot stand gekomen en uitgegroeid tot een *lappendeken*.²⁶ 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 intramurale zorg als artsenhulp en paramedische zorg.²⁷ De ziekenhuisbouw werd in 1971 door de Wet Ziekenhuisvoorzieningen weer aan een vergunningstelsel gebonden.

Deze ontwikkelingen waren begrijpelijk. Voor het eerst in de geschiedenis waren door wetgeving en welvaart de financiële middelen aanwezig om de gezondheidszorg zonder beknibbelen 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.

De ziektekostenverzekering; publiekrechtelijk, schadeverzekering en bovenbouw

De loongrenzen voor de vrijwillige en de verplichte verzekering waren niet altijd even duidelijk als scheidslijnen tussen de ziekenfondsverzekerden en de doelgroepen voor de ziektekostenverzekering.

Het Ziekenfondsenbesluit sloot ambtenaren van de verplichte verzekering uit, hoewel het overgrote deel gezien het inkomen wel voor de verplichte verzekering in aanmerking kwam. Zij moesten een beroep doen op de vrijwillige verzekering of op de ziektekostenverzekering.²⁸ Alleen voor bepaalde groepen waren voorzieningen getroffen. De verzekering van de politie werd in 1942 ondergebracht bij het Nederlands Politie Ziekenfonds, later de Dienst Geneeskundige Verzorging Politie, de DGVP.²⁹ De medewerkers van de dienst Bescherming Bevolking werden verzekerd bij de Dienst Geneeskundige Verzorging Noodwachtters.³⁰

Via de Interimregeling kregen ambtenaren sinds 1950 een bijdrage in hun onkosten voor geneeskundige hulp, maar deze regeling bleek onvoldoende.³¹ Voor het rijks- en onderwijzend personeel werd in 1951 een interimregeling getroffen in afwachting van definitieve wetgeving.³² Deze regeling loopt nog steeds. Voor de verzekering van gemeente- en provincie-ambtenaren werden publiekrechtelijke ziektekostenverzekering geschapen. Het Centraal Orgaan in Ambtenarenzaken en de Vereniging der Nederlandse Gemeenten besloten in 1954 tot de inrichting van de instituten Ziektekostenvoorziening Ambtenaren, IZA's, en Ziektekostenvoorziening Rijksambtenaren, IZR's. De IZA's waren autonoom. Zij lieten hun belangen op landelijk niveau vanaf 1954 behartigen door een Landelijke Adviescommissie.

De DGVP, de IZA's en de IZR's kregen de status van publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars. De omvang van de pakketten was vrijwel gelijk aan die van de ziekenfondsverzekering. Hun verzekerden betaalden inkomensafhankelijke premies, waarvoor ook gezinsleden werden medeverzekerd. Zij kregen op basis van het restitutiestelsel en een eigen risico hun declaraties vergoed. De publiekrechtelijke ziektekostenverzekering was geen mengvorm van de ziekenfonds- en ziektekostenverzekering, maar vormde een eigen categorie in de classificatie van de zorgverzekeringen.

De ziektekostenverzekering als schadeverzekering ontwikkelde zich na 1945 in hoog tempo. Zij droeg voor 1941 voornamelijk het stempel van ziekte- of ziekenfondsverzekering voor de middenstand, maar dit veranderde na 1945. De loongrens veroorzaakte de definitieve scheiding tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Onder invloed van de groeiende welvaart werd weliswaar de loongrens steeds verhoogd, maar groeide ook de markt voor de ziektekostenverzekering.³³ Het sluiten van collectieve ziektekostenverzekeringscontracten ontwikkelde zich snel. Ziektekostenassuradeuren en ziekenhuisverplegingsverzekeraars stortten zich na 1945 op het door bedrijven afsluiten van collectieve verzekeringen voor het hogere personeel.³⁴ Om de dekking van deze contracten te garanderen werd door het verzekeringsbedrijf de Stichting VZA Verenigde Ziektekosten Assuradeuren als herverzekeraar opgericht.³⁵

De groep aanbieders van ziektekostenverzekeringen werd meer gedifferentieerd. Naast de traditionele schadeverzekeraars en de ziekenhuiskostenverzekeraars als de MVZ werden ook de ziekenfondsen actief met hun *bovenbouwverzekeringen*: ziektekostenverzekeringen op non-profitbasis, aangeboden aan boven-de-loongrensvallenden als bovenbouw op de ziekenfondsverzekering.³⁶ Het NeZiFo van de FVVZ profileerde zich als de eerste bovenbouwverzekeraar, gericht op de onderlinge CBZ-fondsen. Van den Berg probeerde in 1947 een centrale regeling voor de bovenbouwverzekering te treffen door samenwerking van de FVVZ met de ziekenfondsorganisaties te regelen. Dit mislukte door de tegenwerking van Stolk en Buijze, die kwaad waren omdat zij geen zetel kregen in de op te richten Ziekenfondsraad.³⁷

Het NeZiFo kreeg al snel concurrentie van de kant van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen. Hendriks, de voorzitter van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen, schakelde na 1947 de ONVZ, de katholieke ziekenhuiskostenverzekeraar, in als bovenbouw voor zijn fondsen.³⁸ Het NeZiFo werd van de katholieke markt uitgeschakeld.³⁹ De belangrijkste ontwikkeling van de bovenbouwverzekering werd echter niet geleverd door de ONVZ of het NeZiFo, maar kwam van de kant van de Maatschappijfondsen.

De ontwikkeling van de bovenbouwverzekering

De Maatschappijfondsen sloten zich op 1 december 1945 aaneen in de Federatie VMZ, als opvolger van de in 1942 ter ziele gegane Stichting VMZ. Het Federatiebestuur drong in mei 1946 al bij de fondsbesturen aan op oplossingen voor het probleem van de *verzorging van welstandsgrensoverschrijders* en voor degenen die buiten de verplichte verzekering vielen; de groep die voor dekking van de zwaardere risico's niettemin was aangewezen op het principe *draagt elkanders lasten*.⁴⁰

De Federatie wilde in 1946 nog samenwerking met de FVVZ, omdat zij de bestaande infrastructuur van de ziekenhuisverplegingsverenigingen wilde gebruiken. Het bestuur schrok echter terug van de agressieve houding van de NeZiFodirectie tegenover de bestaande ziekenhuisverplegingsfondsen van de Maatschappijfondsen zelf. Het kwam tot de conclusie dat de kleine verenigingen te chaotisch waren en een te klein risicodraagvlak boden voor een deugdelijke verzekering van zware risico's.

De Maatschappijfondsbesturen namen daarop zelf het heft in handen en besloten tot de inrichting van bovenbouwverzekeringen op regionale basis om voldoende dekking te kunnen garanderen voor verzekering van ziekenhuis- en sanatoriumverpleging. Zij voegden hun in de dertiger jaren opgerichte ziekenhuisverplegingsfondsen samen tot *Stichtingen*, richtten nieuwe ziektekostenverzekeraars op of wisten de administratie van samenwerkende ziekenhuisverplegingsverenigingen in handen te krijgen.⁴¹

W. v.d. Wolf, de administrateur van het Algemeen Ziekenfonds Alkmaar en Omstreken overtuigde de ziekenhuisverplegingsverenigingsbesturen in zijn regio van het nut van fusie met de Algemene Vereniging voor Ziekenhuisverpleging Noord-Holland Noord.⁴² De Noord-Hollandse fondsen Haarlemmermeer, Beverwijk en IJmuiden werkten sinds oktober 1947 samen in de Stichting Vezeno.⁴³ Het Maatschappijfonds Woerden en Omstreken richtte op 4 maart 1949 de Stichting Het Zilveren Kruis op, waar de Alphense, Goudse en Vechtse fondsen zich bij aansloten.⁴⁴ J. v.d. Bunt, de verzekerdenvertegenwoordiger van het fonds Amersfoort en Omstreken, was de motor van de omzetting van de Stichting Ziekenhuisverpleging Amersfoort tot de Coöperatieve Vereniging "Het Centrum van Nederland", VGCN, in 1949.⁴⁵ In juli 1949 traden voor de Maatschappijfondsen verder als verzekeraars voor boven-de-loongrensvallenden op⁴⁶:

- de Stichting Utrechts Ziekenhuisverplegingsfonds te Utrecht

- de Stichting Oost-Nederland te Enschede
- de Stichting Het Zilveren Kruis te Woerden, in juli 1949 gefuseerd met de Stichting Zuid-Hollands Ziekenhuisverplegingsfonds te Delft
- de Afdeling Ziekenhuisverpleging van het Algemeen Provinciaal Fries Ziekenfonds te Leeuwarden

Deze bovenbouwen verzorgden voor 31 Maatschappijfondsen de ziektekostenverzekering en konden het grootste deel van Nederland bedienen. De Federatie trachtte de ontwikkeling van deze ziektekostenverzekering centraal in de hand te houden door uniforme statuten en reglementen, regulier overleg tussen de besturen, overlegcommissies voor premies en verstrekkingen en de inrichting van een Permanente Commissie van Overleg voor instellingen in de gezondheidszorg, PCvO, als eerste koepel voor de bovenbouwverzekeraars.⁴⁷

Het Federatiebestuur had opzettelijk voor de Stichtingsvorm voor deze ziektekostenverzekeraars gekozen om op een degelijke juridische manier de aanvullingsfondsen en de verzekering van zware medische risico's van en door haar fondsen onder te brengen. Het bestuur wilde met zelfstandige Stichtingen niet alleen de nadelen en zwakheden van de structuur der ziekenhuisverplegingsverenigingen vermijden, maar ook problemen met de richtlijnen van het Ziekenfondsenbesluit voorkomen.⁴⁸ De hoofdrol in de verzekering van zware medische risico's was definitief van de ziekenhuisverplegingsverenigingen door de bovenbouwverzekeraars van de Maatschappijfondsen overgenomen.

De belangrijkste verschillen van de Stichtingen met de commerciële ziektekostenverzekeraars waren hun volledige acceptatiebeleid, risico-onafhankelijke premiestelling en betere polisvoorwaarden zoals het ontbreken van uitsluitingen van bestaande kwalen. Zij probeerden het beginsel van solidariteit zoveel mogelijk in de praktijk te brengen door te werken als onderlinge waarborgmaatschappijen zonder winst oogmerk. De Stichtingsbesturen streefden naar een uniform verstrekkingenpakket bestaande uit ziekenhuisverpleging, liefst voor onbepaalde tijd, met alle bijkomende kosten, sanatoriumverpleging, klinisch-specialistische hulp, ziekenvervoer en gezinshulp bij opname in een ziekenhuis of sanatorium.⁴⁹ Het Zilveren Kruis vergoedde in 1949 de kosten van kunst- en hulpmiddelen. Oost-Nederland had een vrijwel volledig pakket met huisartsenhulp en medicijnen.

De bovenbouwen stichtten in 1955 een gezamenlijke verzekering, de Stichting Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg of SIG.⁵⁰ De bovenbouwen konden bij de SIG de slechte risico's als chronisch zieken betaalbaar herverzekeren. Zij versterkten hiermee hun marktpositie en konden hun non-selectieve acceptatiebeleid beter volhouden. Commerciële verzekeraars vonden daarentegen dat de winst moest 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 binding met de ziekenfondsen al snel grote concurrenten van de particuliere verzekeraars. Hun beheerskosten waren lager doordat zij gebruik maakten van de ziekenfondsadministraties en de bodes. Het marktaandeel van de bovenbouwen groeide snel ten koste van de verzekeringsmaatschappijen.⁵¹

Over bovenbouwen, commerciële verzekeraars, de ziekenfondsverzekering en de WTZ

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. Bovenbouwen en commerciële verloren een groot deel van de ambtenarenverzekerden door de oprichting van de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars.⁵²

30 commerciële verzekeraars probeerden, mede op aandringen van de KNMG, in 1957 het tij te keren door de introductie van de Algemene Nederlandse Polis voor Ziektekostenverzekering, de ANPZ-polis.⁵³ Deze algemeen gevoerde polis had veel socialere voorwaarden dan de tot dan toe gebruikelijke maatschappijpolissen: geen wachttijden, onbepaalde vergoeding van het aantal verpleegdagen en onopzegbaarheid bij later gebleken zware risico's. De commerciële verzekeraars toonden met de ANPZ-polis niet alleen een door profit gedreven sociaal gezicht, maar hadden met deze landelijk uniforme polis ook een wereldprimeur!

De ANPZ-polis bleek helaas als middel onvoldoende om de uitholling van de bedrijfstak tegen te gaan. Bovenbouwen en schadeverzekeraars probeerden daarom in 1961 door de oprichting van de Kontaktcommissie van Organisaties van Landelijke Ziektekostenverzekeraars, de KLOZ, tot samenwerking te komen. De KLOZ was door de deelname van de bovenbouwen het eerste formele overlegorgaan tussen de particuliere ziektekostenverzekeraars en de ziekenfondsen. De tweede belangrijke stap was de gemeenschappelijke regeling van de verzekering van slechte risico's in het Nederlands Onderling Herverzekeringsinstituut voor Ziektekosten, het NOZ, in 1967 als reactie van de ziektekostensector op de AWBZ.⁵⁴ De SIG van de bovenbouwen ging in 1968 op in het NOZ.

De samenwerking van de ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars heeft een lange traditie. Ziekenfondsdirecteuren vergaderden in hun hoedanigheid van bovenbouwdirecteur met hun commerciële collega's in de KLOZ. Het personeel van de ziekenfondsen werd op contractbasis uitgeleend aan de bovenbouwen. Ziekenfonds en bovenbouwziektekostenverzekering waren geen rivalen, zij vulden elkaar aan. Niet-winstbeogende bovenbouwen en commerciële verzekeraars waren wel concurrenten, maar stimuleerden elkaar ook tot nieuwe ontwikkelingen.

Dit bleek in de jaren '80 toen de commerciële verzekeraars de goedkope budgetpolis met leeftijdgebonden premies en eigen risico's introduceerden.⁵⁵ Zij reageerden daarmee op de agressieve marketing van bovenbouwverzekeraars, die in de voorgaande jaren door direct writing meer goede risico's hadden getracht te werven of deze van de vrijwillige verzekering naar de bovenbouw hadden geprobeerd over te hevelen. De premiedifferentiatie tussen de goede en slechte risico's bij de ziektekostenverzekering werd na 1980 snel groter, ondanks dat bovenbouwen en ziektekostenverzekeraars regelmatig in de KLOZ over deze problemen overlegden.

De noodzaak tot overheidsingrijpen bij de ziektekostenverzekering werd steeds groter, mede door de problemen bij de bejaarden- en de vrijwillige verzekering. Veel gezonde verzekerden zetten hun vrijwillige ziekenfondsverzekering om in een goedkopere particuliere polis. De vrijwillige verzekering moest dringend 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.⁵⁶

Deze ontwikkeling toonde aan dat de solidariteit van de ziekenfondsverzekering niet kon concurreren met het equivalentieprincipe van de particuliere verzekering.⁵⁷ 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 de schade dekken en voor de continuïteit van de bedrijfsvoering zorgen. Toch dwong de overheid op 1 april 1986 de ziektekostenverzekeraars, commerciële en bovenbouwen, tot een combinatie van solidariteit en equivalentie in de standaardpakketpolis van de Wet Toegang Ziektekostenverzekering, WTZ.⁵⁸

De WTZ, ook wel 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. De particuliere verzekeraars kregen te maken met uitgebreide overheidsmaatregelen om de toegang van slechte risico's van de vrijwillige verzekering tot de particuliere verzekering te garanderen. Risicoselectie en premiedifferentiatie moesten worden uitgesloten, de standaardpakketpolis, SPP, 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. Deze nieuwe polissen werden gesubsidieerd door wettelijke heffingen op de normale particuliere polissen, de wetten Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden en Interne Lastenverevening Particulier Ziektekostenbedrijf, MOOZ en ILPZ. Deze heffingen functioneerden als middel om van de particulier verzekerden aanvullende solidariteit met de standaardpakketpolis af te dwingen.⁵⁹

De voorstellen voor de WTZ werden ingediend door J.P. van der Reijden, staatssecretaris van Volksgezondheid uit het eerste confessioneel-liberale kabinet-Lubbers. Het motto van dit kabinet was *non-nonsense* om door ingrijpende maatregelen en bezuinigingen in de sociale sector de overheidsfinancien en de welvaartsstaat te saneren. Van der Reijden kreeg bij zijn aantreden de opdracht 470 miljoen gulden op de ziekenfondsuitgaven te bezuinigen.

De plannen voor de kleine stelselwijziging riepen veel maatschappelijke weerstand op. Veel organisaties als de Ziekenfondsraad, de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Landelijk Patiëntenplatform, de Sociaal-Economische Raad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid 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 wist de WTZ door het parlement te krijgen, gesteund door de bezuinigingsdrift van het kabinet-Lubbers. De kosten van de twee ziekenfondsverzekeringen werden grotendeels overgeheveld naar de particuliere sector, waarmee hij voor een deel aan zijn opdracht had voldaan.

De WTZ is als brug tussen de verplichte ziekenfondsverzekering en de particuliere schadeverzekering een fusie van solidariteit en equivalentie. De ziekenfondsen verloren hun vrijwillige verzekering, de overheid hoefde de bejaardenverzekering niet meer te subsidiëren en de ziektekostenverzekeraars, commerciële en bovenbouwers, kregen er in 1986 780.000 particulier verzekerden bij.⁶⁰ De stan-

daardpakketten bleken voor de verzekeraars door de toeslagen op de particuliere ziektekostenverzekeringen kostendekkend, zelfs winstgevend.⁶¹

De standaardpakketpolis functioneerde wel als ziektekostenverzekering, maar leverde voor velen inkomensverlies op. 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 der jaren werd de toelating tot de verplichte verzekering aangepast en konden sommige groepen met een SPP een beroep doen op het ziekenfonds.

De WTZ bracht als kleine stelselwijziging de eerste structurele wijzigingen aan in de ziekenfondsverzekering sinds de invoering van het Ziekenfondsenbesluit. Voor grondige reorganisatie van de verzekering van de gezondheidszorg was een grootscheepser aanpak nodig. Het tijdperk van de discussies over de volgende stelselwijziging stond voor de deur.

De stelselwijziging; discussies, maatregelen en evaluaties

Politiek en maatschappij waren in 1987 rijp voor een algehele administratieve en financiële reorganisatie van de gezondheidszorg. Deze moest beter bereikbaar worden, meer effect sorteren en betaalbaar blijven. Tot dan toe was de leidraad van deze discussies de noodzaak van een in alle finesses door de overheid geleide gezondheidszorg geweest. De ontwikkeling, introductie en afgang van een alomvattende Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, WVG, had van 1971 tot 1987 de plannenmakerij beheerst.⁶² Concentratiebeleid, regeling van de ziekteverzekering, regionalisatie, tariefstelling en kostenbeheersing waren de middelen en doelstellingen van het beleid; alles onder het toezicht van de regelgevende overheid. De WVG werd in 1987 ingetrokken, omdat totale planning van de gezondheidszorg ondanks verwoede pogingen niet haalbaar was gebleken. De maatregelen, genomen in het kader van de WTZ waren een beperkte wijziging van de ziekteverzekering. Een andere aanpak was nodig.

De eerste aanzet daartoe kwam in maart 1987 van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, de Commissie-Dekker.⁶³ De basisprincipes van dit rapport beïnvloedden tot op vandaag de discussies over en de wijzigingen van de financiering van de gezondheidszorg, de werking van de verzekering van de zorg en de manier waarop de belangenorganisaties van verzekeraars, medewerkers en zorgverlenende instellingen zich opstellen. Deze principes 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 bezuinigingen op de sociale zekerheid.

De verzekering van de gezondheidszorg of zorgverzekering zou moeten worden hervormd tot een basisverzekering met een aanvullend pakket, gefinancierd door procentuele en aanvullende premies, te verdelen via een centrale kas, zonder verschil tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering, maar wel met eigen bijdragen en eigen risico's in het basispakket. Het schot tussen de ziektekosten- en de verplichte verzekering zou moeten verdwijnen. De ziekenfondsen kregen de vrijheid zelf hun werkgebied 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.⁶⁴ De ziekenfondsen zouden drie instrumenten krijgen om dit te bereiken⁶⁵:

- opheffing van de contracteerplicht en het recht om op eigen voorwaarden overeenkomsten te sluiten
- 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 herstel van de principes van het onderlinge ziekenfondswezen met eigen instellingen en loondienstverbanden betekenden een breuk met de traditie van het Ziekenfondsenbesluit. Zij zouden verstrekkende gevolgen kunnen hebben voor de positie van de ziekenfondsen, de ziektekostenverzekeraars en hun belangenorganisaties. De ziekenfondsen zouden wellicht een deel van hun in 1941 verloren zelfstandigheid terug kunnen krijgen, zich weer meer als sociale, ondernemingsgerichte organisaties opstellen en een deel van hun status als uitvoeringsorgaan pur sang kunnen afwerpen.

Dekker stelde dat zijn ideeën in zijn geheel overgenomen moesten worden, anders zouden zij geen effect sorteren. Naar de goede oude ziekenfondswetsontwerptradities gebeurde dat dus niet. De meningen van de betrokken partijen liepen weer te veel uiteen. De politiek vond dat zij zelf kon uitmaken wat zij met het plan-Dekker kon doen. D.J. Dees, de staatssecretaris van Volksgezondheid, en R. Lubbers, de premier, wilden het rapport gebruiken om de patstelling in de ziekenfondsverzekering te

doorbreken. De apothekers, de fysiotherapeuten en de tandartsen keurden de voorstellen zonder meer af. De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, na 1977 de belangenorganisatie van alle ziekenfondsen, stemde in. De meeste ziekenfondsen waren niet direct afwijzend, zij lonkten naar nauwere samenwerking met hun bovenbouwen.⁶⁶ Sommigen waren wel tegen, zoals het onderlinge AZIVO. Deze vonden in het plan-Dekker te weinig terug van de oude solidariteitsprincipes van de ziekenfondsverzekering.

Dees en H.J. Simons, zijn opvolger, voerden in de volgende jaren onderdelen uit het plan-Dekker aangepast door. Verstrekkingen uit het ziekenfondspakket werden overgeheveld naar de AWBZ die tot carrier van de nieuwe basisverzekering werd bevorderd. Op 1 januari 1989 werd de Ziekenfondswet uitgebreid met een nominale premie. 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.⁶⁷ Verplicht en particulier verzekerden zouden daarbij gelijk moeten bijdragen. Simons probeerde in 1991 huisartsenhulp en kraamzorg in de AWBZ onder te brengen, maar door tegenwerking van de Eerste Kamer moest hij daar van af zien. De geneesmiddelenverstrekking werd voor particulier en ziekenfondsverzekerden wel gelijkgeschakeld en sindsdien vergoed via het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem, GVS. De kosten van receptuur bleven ondanks het GVS stijgen; prijsbeheersing door de overheid bood hier geen afdoende remedie tegen.

De nominale premie voor de Ziekenfondswet was in 1989 nog landelijk uniform. Vanaf 1991 konden de fondsen deze zelf vaststellen en mochten zij daarmee onderling concurreren. De premies verschilden echter in dubbeltjes en leverden niet de gewenste marktprikkels om de kosten van de ziekenfondsverzekering te drukken. De fondsen 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 opbrengsten van de nominale premies en werden steeds groter. De fondsen mochten in het vervolg reserves vormen. 1991 was ook het jaar van de afschaffing van de contracteerplicht voor de medische beroepsbeoefenaren, de opheffing van de verplichte werkgebieden en een grotere keuzevrijheid van de verzekerde in de keuze van zijn fonds.

Bij de AWBZ werd ook een nominale premie ingevoerd. 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 derde kabinet-Lubbers besloot pas op de plaats te maken en de knelpunten in de ontwikkelingen te bekijken. Dit kabinet vond dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorgverlening berustte bij de besturen en de directies van de zorgverlenende instellingen en bij de vrije beroepsbeoefenaren.⁶⁸ 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.

De regering twijfelde in een brief van 8 juni 1993 aan de Tweede Kamer of het gebruik van de AWBZ wel de manier was om een basisverzekering te realiseren. Zij wilde eerst de uitwerking van de budgettering bestuderen en streven naar het invoeren van *meer prikkels voor gepast gebruik*, zoals eigen bijdragen en polissen met eigen bijdragen.⁶⁹ 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 met fysiotherapie in januari 1997.

Het eerste kabinet-Kok, aangetreden in 1994, zag uiteindelijk af van plannen tot grootschalige stelselherziening. De coalitiepartners, de PvdA, de VVD en D'66, besloten tot verbetering en aanpassing van het bestaande stelsel.⁷⁰ Zij waren van mening dat dit goed functioneerde en naar Europese maatstaven niet te duur was. De principes voor het beleid van het eerste en na 1998 voor het tweede kabinet-Kok 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.⁷¹ Het kabinet besloot tot de invoering van een verplicht eigen risico voor ziekenfonds- en particulier verzekerden van f 200. Het volslagen gebrek aan succes, de hoge administratiekosten en de maat-

schappelijke weerstand dwongen haar echter deze maatregel in 1999 weer terug te draaien. De overhevelingen van Simons en Dees van de Ziekenfondswet naar de AWBZ werden te niet gedaan. Farmaceutische hulp, revalidatie, hulpmiddelen, audiologische hulp en erfelijkheidsonderzoek zaten vanaf 1 januari 1996 weer in het verstrekkingenpakket van de Ziekenfondswet. De contracteervrijheid, de vrijheid van keuze van werkgebied en de financiële verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars werden wel gehandhaafd als elementen die een beperkte marktwerking in de zorgsector moesten brengen.

De discussies over de grote stelselwijziging waren met deze maatregelen nog niet verstomd. Het bestel van de verzekering van de gezondheidszorg bleef door de spanning tussen vraag, aanbod en de mogelijkheden tot financiering in ontwikkeling. Dit zou de komende jaren nog worden versterkt door de Europese eenwording: kon het Nederlandse bestel ongewijzigd blijven of moest het worden aangepast aan de nieuwe Europese regels?

Een kader voor belangenbehartiging: de verzekering van de gezondheidszorg na 1945; een evaluatie

De verzekering van de gezondheidszorg bleef na 1945 een dynamisch stelsel. De structuur ziekenfonds-ziektekostenverzekering bleef bestaan, maar de verzekeringen zelf bleven in ontwikkeling. Zij werden in 1968 met de AWBZ als volksverzekering tegen zware medische risico's aangevuld. Door de driehoek ziekenfonds-ziektekostenverzekering-AWBZ was voor de eerste maal in de geschiedenis volledige toegankelijkheid tot gezondheidszorg verzekerd.

De omzetting van het Ziekenfondsenbesluit in de Ziekenfondswet in 1966 was de wettelijke vastlegging van het ziekenfondsbestel, zoals dit zich sinds 1941 ontwikkeld had. De ziekenfondsverzekering werd voortdurend aangepast aan de maatschappelijke, medische en politieke ontwikkelingen. In 1957 werd de bejaardenverzekering aan de vrijwillige en de verplichte verzekering toegevoegd. De verplichte verzekering werd uitgebreid met personen, die niet volgens de Ziektewet waren verzekerd.

De vrijwillige verzekering behield met de vrijwillige toetreding, nominale premie en zelfstandige uitvoering door de ziekenfondsen haar belangrijkste kenmerken. Deze vormden tevens de zwakheden van deze verzekering: de ziekenfondsen waren risicodragend voor de bedrijfsvoering, de solidariteit was door de nominale premiedruk ongelijk verdeeld en de goede risico's konden een beroep doen op goedkopere ziektekostenverzekeringen of werden overgeheveld naar de verplichte verzekering. De financiële problemen konden tijdelijk worden opgelost door subsidies uit de verplichte verzekering of door landelijke en regionale verevening, maar dit was onvoldoende. De politiek koos in 1986 voor de kleine stelselherziening door opheffing van de vrijwillige verzekering en de bejaardenverzekering, verdeling van de verzekerden over de verplichte en de particuliere ziektekostenverzekering en verevening van de financiële gevolgen door wettelijke toeslagen en pooling.

De ziektekostenverzekering maakte na 1945 grote veranderingen door. De ziektekostenverzekering als schadeverzekering voor mensen met een inkomen boven de loongrens van de ziekenfondsverzekering werd na 1945 steeds belangrijker. De portefeuilles van de commerciële verzekeraars groeiden, maar zij kregen na 1946 al snel concurrentie van de bovenbouwverzekeraars die door de ziekenfondsen in het leven werden geroepen.

De tweede loot aan de ziektekostenverzekeringsstam was die van de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen voor ambtenaren: de IZA-, IZR, DGVP- en DGVN-regelingen. Deze verzekeringen namen met hun inkomensafhankelijke premies, restitutiestelsel en eigen risico's een aparte status in in de classificatie van zorgverzekeringen.

De derde soort ziektekostenverzekering was die van de vooroorlogse ziekenhuisverplegingsvereniging. Het belang van deze verzekeringen werd na 1945 steeds minder door de onveranderd zwakke structuur van de verenigingen, het opnemen van de ziekenhuisverpleging in de vrijwillige en verplichte ziekenfondsverzekering. De FVVZ wist de katholieke zuil en de Maatschappijfondsen er niet van te overtuigen om het NeZiFo en de verenigingen als bovenbouwverzekeraars aan te stellen en verloor de steun van de CBZ. De scheiding tussen de ziekenfonds- en de ziekenhuisverplegingsverzekering was definitief toen de FVVZ in 1948 de toegang tot de Ziekenfondsraad werd onthouden. De steeds grotere rol van de commerciële verzekeraars en de andere bovenbouwverzekeraars voor de ziekenhuisverpleging en de volledige vergoeding van de ziekenhuisverpleging volgens de Ziekenfondswet in 1964 betekenden het einde voor de onderlinge ziekenhuisverplegingsverzekering.

De scheiding ziekenfonds-ziektekostenverzekering was bepalend voor de ontwikkeling van de belangenbehartiging. De belangenbehartiging bij de ziektekostenverzekering als verzekering voor personen met een inkomen boven de loongrens werd uitgevoerd door belangenorganisaties, na 1961 verenigd in het KLOZ. De belangenbehartiging door de ziekenfondsorganisaties ontwikkelde zich volgens de lijnen, uitgezet in en na 1940. De effectiviteit van hun acties werd bepaald door de kracht van de organi-

saties zelf, het tegenspel van de organisaties van de zorgaanbieders en de ruimte die de overheid hen met wetgeving en toezicht door de Ziekenfondsraad toestond.

Door het proces van stelselherzieningen, ingezet met de afschaffing van de vrijwillige verzekering en de instelling van de WTZ in 1986, ontstond een geleidelijke convergentie van beide verzekeringen tot de noemer zorgverzekeringen. Dit had consequenties voor het bestel voor de verzekering van de gezondheidszorg en logischerwijze voor de belangenbehartiging.

¹ *Ziekenfondswet*, editie Schuurman en Jordens (Zwolle 1980) XV.

² 'Sine ira et Studio', in: *Het Ziekenfonds* 1 (1946) 4, 12.

L.A. van der Valk, *Van pauperzorg tot bestaanszekerheid Een onderzoek naar de ontwikkeling van de armenzorg in Nederland tegen de achtergrond van de overgang naar de Algemene Bijstandswet, 1912-1965* (Amsterdam 1986) 51.

M. van Bottenburg, G. de Vries, A. Mooij, *Zorg tussen staat en markt*, 67.

³ 'De dokters en wij', in: *Het Ziekenfonds* 1 (1946) 4.

'Heilige Huisjes in verval', in: *Het Ziekenfonds* 2 (1946) 5.

⁴ L.H. Hoogenboom, H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondswezen*, 140-141.

⁵ M. van Bottenburg, G. de Vries, A. Mooij, *Zorg tussen staat en markt*, 68.

⁶ 'Installatie van de Ziekenfondsraad'. Rede van A.M. Joekes, minister van Sociale Zaken, in: *Het Ziekenfonds* 1 (1949) 3.

⁷ FVVZ, Notulen met bijlagen vanaf 5 maart 1941 tot en met 29 januari 1947, notulen van de bestuursvergadering van 11 december 1946.

'De Wet op de Ziekenfondsraad', in: *Het Ziekenfonds* 4-5 (1947) 12-13.

⁸ Ziekenfondsraad, *Rapport betreffende de ontwikkeling van de Nederlandse Ziekenfondsverzekering* (Amsterdam 1959) 9.

⁹ Verslag van de Ziekenfondsraad over 1951, 31.

¹⁰ J.A.M. Maarse, '4. Overheid en volksgezondheid', in: J.A.M. Maarse en I.M. Mur-Veeman (red.), *Beleid en beheer in de gezondheidszorg* (Assen 1990) 62.

¹¹ M. van Bottenburg, G. de Vries, A. Mooij, *Zorg tussen staat en markt*, 201-202 e.v.

¹² Ziekenfondsraad, *Rapport betreffende de ontwikkeling van de Nederlandse Ziekenfondsverzekering*, 18.

¹³ VHZ, inv.no. 78, brief van het bestuur van de Federatie VMZ aan de leden, 27 januari 1947.

¹⁴ Ziekenfondsraad, *Rapport betreffende de ontwikkeling van de Nederlandse Ziekenfondsverzekering*, 53.

¹⁵ M. de Bruine en F.T. Schut, 'Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering', in: J.A.M. Maarse en I.M. Mur-Veeman (red.), *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, 122.

¹⁶ M. de Bruine en F.T. Schut, 'Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering', 124.

¹⁷ Roscam Abbing, H. en F.F.N. Rutten, *Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland. Een economisch-juridische studie* (Deventer 1985) 60.

¹⁸ C.A. Grünwald, '3. De groei van de gezondheidszorg', in: J.A.M. Maarse en I.M. Mur-Veeman (red.), *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, 33.

¹⁹ A. Grünwald, '3. De groei van de gezondheidszorg', 32.

²⁰ H.C. en E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 235-236.

²¹ C.A. Grünwald, '3. De groei van de gezondheidszorg', 34..

²² N. de Jong, 'Ontwikkelingen in het pakket en aanspraken verzekerden', in: J.W. van der Linden en J.L.M. van den Heuvel (red.), *Zorg verzekerd... Ontwikkelingen in de sociale ziektekostenverzekering vanaf 1965: aanspraken en bestuurlijke organisatie. Gedenkboek ter gelegenheid van de vrijwillig vervroegde uittreding van mr. R.J. Boerlaage* (Amstelveen 1989) 63-84.

²³ G.H. Okma, *Studies on Dutch health politics, policies and law* (dissertatie; Utrecht 1997) 77.

²⁴ H.C. en E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 251.

²⁵ N. de Jong, 'Ontwikkelingen in het pakket en aanspraak verzekerden', 65.

²⁶ N. de Jong, idem, 65.

²⁷ J.P.M. Hendriks, 'De rol van de overheid', in: L.J. de Wolff, *De prijs voor de gezondheid. Het Centraal Orgeaan Ziekenhuistarieven 1965-1982* (Baarn 1984) 70.

²⁸ C.J. Jonkman, *Ziekenfondsen en ambtenarenziektekostenverzekering* (Assen 1968) 11.

²⁹ K.P. Companje, *Over artsen en verzekeraars*, 429.

³⁰ K.P. Companje, *Inventaris op het archief van de DGVN* (Utrecht 1992) 1.

³¹ C.J. Jonkman, *Ziekenfondsen en ambtenarenziektekostenverzekering*, 11-12.

³² Roscam Abbing, H. en F.F.N. Rutten, *Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland*, 42.

³³ H.L. Kunneman, *Bereid en in Staat. Volksgezondheid en verzekeringsbedrijf*. (Den Haag 1955) 12-13.

³⁴ H.L. Kunneman, *De Ziektekostenverzekering*, 64.

³⁵ H.L. Kunneman, idem, 35.

³⁶ Stichting HiZ, *Opbouw en organisatie van de Federatie VMZ, 1941-1959*. Pamflet, houdende kritiek op de opbouw van de Federatie, 1 juli 1946.

-
- ³⁷ Stichting HiZ, Ziekenhuisverpleging, Taakverdeling tussen ziekenfondsen en ziekenhuisverplegingsverenigingen, 28 oktober 1947.
- ³⁸ Stichting HiZ, Verhouding tussen het RKWV en de Bond van R.K.-Ziekenfondsen, notulen van de vergadering van de Studiecommissie Ziekenfondswezen, 30 september 1948.
Idem, Ziekenhuisverpleging, verslag van de tweede vergadering van de Commissie voor de ziekenhuisverplegingsverenigingen uit de Ziekenfondsraad, 14 april 1949.
- ³⁹ Idem, verslag van de derde vergadering van de Commissie voor de ziekenhuisverpleging uit de Ziekenfondsraad, 10 mei 1949.
- ⁴⁰ Stichting HiZ, Opbouw en organisatie van de Federatie VMZ, 1941-1959. Pamflet van het AZZ, 1 juni 1946.
Idem, Ziekenhuisverpleging, nota inzake het werk van organen, die zich - in overleg met Mij.-ziekenfondsen - bezighouden met de ziektekostenrisicobestrijding, 10 februari 1950.
- ⁴¹ Idem, Ziekenhuisverpleging, verslag van de bespreking met het Federatiebestuur met directeuren en administrateurs over de ziektekostenverzekering, 10 augustus 1948.
- ⁴² Idem.
- ⁴³ Idem, verslag van de vergadering met bestaande of in oprichting zijnde Stichtingen, 19 juli 1949.
- ⁴⁴ *Zilveren Kruis: verzekering. Een geschiedenis.* (Noordwijk z.j.) 6, 9.
- ⁴⁵ OA ANOVA-Verzekeringen, inv.no. 86, verslagen van de staat en verrichtingen van Stichting Ziekenhuisverpleging Amersfoort over 1949 en 1950.
- ⁴⁶ Stichting HiZ, Ziekenhuisverpleging, nota inzake het werk van organen, die zich - in overleg met Mij.-ziekenfondsen - bezighouden met de ziektekostenrisicobestrijding, 10 februari 1950.
- ⁴⁷ Idem, Ziekenhuisverpleging, brief aan de leden van de "Commissie ter bevordering van de oprichting van instellingen voor gezondheidszorg, november 1949.
- ⁴⁸ Idem, verslag van de bespreking met het Federatiebestuur met directeuren en administrateurs over de ziektekostenverzekering, 10 augustus 1948.
Idem, notulen van de vergadering van de Stichtingen voor Ziekenhuisverpleging, 11 augustus 1949.
- ⁴⁹ Idem, brief aan de leden van de "Commissie ter bevordering van de oprichting van instellingen voor gezondheidszorg, november 1949.
- ⁵⁰ OA ANOVA-Verzekeringen, archief van de Samenwerkende Instellingen in de Gezondheidszorg, afgekort als SIG. Brief aan de minister van Sociale Zaken, houdende de mededeling tot oprichting van de SIG, 2 mei 1955.
- ⁵¹ P.A. Zeven, *Ziektekostenverzekering*, 21.
- ⁵² P.A. Zeven, idem, 128.
- ⁵³ Idem, 20-21 e.v.
- ⁵⁴ SIG, inv.no. 61, notulen van de Raad van Beheer, 1955-1968. Besluitenlijst van 1968.
- ⁵⁵ M. de Bruine, F.T. Schut, 'Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering', 138-139.
- ⁵⁶ F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector* (Rotterdam 1995) 70-71.
- ⁵⁷ M. de Bruine, F.T. Schut, 'Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering', 139.
- ⁵⁸ Okma, G.H., *Studies on Dutch health politics, policies and law*, 122-123.
- ⁵⁹ H.F. van der Velden, 'Het solidariteitsspel', in: Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening, *Volksgezondheid met beleid. Verkenningen van een breukvlak.* (Zoetermeer 1996) 32.
- ⁶⁰ J.T.M. van der Heyden, idem, 140.
- ⁶¹ F.T. Schut, *Competition in the Dutch health sector*, 71.
- ⁶² K.P. Comanje, *Over artsen en verzekeraars*, 367,370.
- ⁶³ Commissie Dekker, *Bereidheid tot Verandering. Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg* ('s-Gravenhage 1987).
- ⁶⁴ *Ziekenfondswet*, editie Schuurman & Jordens 95, XXI.
- ⁶⁵ Commissie Dekker, *Bereidheid tot Verandering*, 9,13,58-59, e.v.
- ⁶⁶ J.T.M. van der Heyden, *Het Ziekenhuis door de eeuwen heen*, 93.
- ⁶⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 22393, *Modernisering zorgsector, weloverwogen verder.*, 4.
- ⁶⁸ Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 22393, idem, 7.
- ⁶⁹ *Ziekenfondswet*, editie Schuurman & Jordens 95, XXII.
- ⁷⁰ G.H. Okma, *Studies on Dutch health politics, policies and law*, 139-141.
- ⁷¹ G.H. Okma, idem, 142.