

De onderhandelingen tussen huisartsen en ziekenfondsorganisaties in Nederland na 1945

ALICE JUCH

Vanaf 1947 overleggen huisartsen- en ziekenfondsorganisaties op landelijk niveau over financiële en beroepsinhoudelijke aspecten van de huisartsenzorg. De wijze waarop het overleg van 1947 tot ongeveer 1970 werd gevoerd, en de overheersende aandacht in deze tijd voor de huisartsenhonorering zijn te verklaren uit een roerige voorgeschiedenis. In literatuur wordt gewezen op de grote invloed van de huisartsenorganisatie op het resultaat van de onderhandelingen. De huisartsen hebben echter geen optimaal gebruik gemaakt van hun sterke onderhandelingspositie. Het moet dan ook mede aan andere factoren worden toegeschreven, dat de honoreringsproblematiek omstreeks 1967-1970 voor een belangrijk deel werd opgelost. Tot ongeveer 1970 werd het overleg door beide partijen vanuit wisselende machtsposities gevoerd. Deze periode kan als een echte onderhandelingsperiode worden getypeerd. Na 1970 kon meer aandacht worden besteed aan inhoudelijke beroepsaspecten en brak een discussieperiode aan. Alleen over de consequenties van genomen beslissingen en over honorariumbestanddelen moest vervolgens nog worden onderhandeld. De toenemende overheidsbemoediging en de maatschappelijke veranderingen vanaf het eind van de jaren zestig bevorderden deze overgang van een vooral sociaal-economische naar een meer beroepsinhoudelijke aandacht.

Juch A. De onderhandelingen tussen huisartsen en ziekenfondsorganisaties in Nederland na 1945. Huisarts Wet 1991; 34(3): 104-10, 123.

Drs. Alice Juch, historicus, Ringallee 5, 6881 KE Velp; telefoon 085-619.393.

Inleiding

Sinds 1947 wordt op landelijk niveau overleg gevoerd tussen artsen en ziekenfondsen over onder meer economische en beroepsinhoudelijke aspecten van de huisartsenzorg. Naast gezamenlijke belangen, zoals het leveren en toegankelijk maken van een goede huisartsenzorg, hebben artsen en ziekenfondsen ook tegengestelde belangen. Het ligt voor de hand, dat men eventuele strijdpunten tussen de organisaties meer in het laatste vlak moet zoeken.

In hoeverre en in welke richting de 'natuurlijke' belangentegenstellingen – zoals hoogte en samenstelling van het honorarium, de hoogte van de welstandsgrens en het verstrekkingenpakket – overbrugd kunnen worden, hangt niet alleen af van de (machts)positie van de partijen ten opzichte van elkaar; de relatie tussen huisartsen en ziekenfondsen wordt voor een aanzienlijk deel ook beïnvloed door politieke en maatschappelijke factoren.

In beschouwingen over de naoorlogse relatie tussen de huisartsenorganisatie en ziekenfondsen wordt steeds gewezen op de machtspositie van de artsen. Deze machtspositie zou zijn af te meten aan bijvoorbeeld de bestuurssamenstelling van de fondsen of de uitkomsten van onderhandelingen over het huisartsenhonorarium. Zo schrijft de ziekenfondskundige *Van der Hoeven* in 1983 een overwinning van de artsen op de fondsen toe aan het feit dat de artsen zich een plaats hebben verworven in de bestuurssamenstelling van de fondsen.¹ Deze verklaring is echter niet bevredigend, aangezien een dergelijk samengaan van 'werkgevers' en 'werknemers' past in het naoorlogse harmonisatiestreven. Dit werd onder andere gerealiseerd in Publiek-Rechtelijke Bedrijfsorganisaties.

De sociologen *Van der Krogt* en *IJsbrandy* zagen in de naoorlogse ontwikkeling een consolidatie van de (vooorlogse) machtspositie van de artsen ten opzichte van de ziekenfondsen. *Van der Krogt* baseerde zich hierbij op de honoreringsproblematiek, en stelde dat het dreigen met het invoeren van een verrichtingentarief door de artsen effectief was gebleken.² *IJsbrandy* kwam tot dezelfde conclusie op grond van de uitkomsten van de jaarlijkse honore-

eringsonderhandelingen.³ Deze analyses geven echter een te eenzijdig beeld van de machtsverhouding tussen artsen en fondsen. De vraag rijst in hoeverre er in die relatie sprake was van een *tegenmacht* van de fondsen.

Aan de hand van de – niet openbare – vergaderingsverslagen van de zogenaamde onderhandelingscommissie van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de ziekenfondsorganisaties is nagegaan hoe en rond welke thematiek de onderhandelingen van 1947-1990 zijn verlopen, hoe de positie van beide partijen ten opzichte van elkaar was, en in hoeverre een eventuele machtspositie van een van de partijen van invloed was op de onderhandelingen. Op de inhoudelijke problematiek, zoals hoogte van het honorarium, wordt hier niet ingegaan.

De contacten tussen artsen en ziekenfondsen vóór 1947

In de tweede helft van de negentiende eeuw werden zeer veel plaatselijke ziekenfondsen opgericht door particulieren, ondernemers, dokters en arbeiders. Deze fondsen waren alleen bestemd voor het minvermogende – werkende – deel van de bevolking;⁴ het onvermogende deel van de bevolking was aangewezen op de armenzorg. De huidige organisatie van de huisartsenzorg voor ziekenfondsverzekerden – het in natura leveren van de zorg en het abonnementsstelsel als honoreringsvorm – dateert uit deze tijd.

Vanaf het begin van deze eeuw is gediscussieerd over het al dan niet invoeren van een verwijskaartensysteem voor specialistenbezoek. De erkenning van het recht van de patiënt om hierin zelf zijn keuze te maken, heeft daarbij een belangrijke rol gespeeld. In 1941 (Ziekenfonds-Besluit) werd het verwijskaartensysteem ingevoerd. De ziekenfondscontributie moest, tot de wettelijke regeling in werking trad, veelal volledig door de verzekerden zelf worden opgebracht.

Het in natura leveren van goederen en diensten was een veel voorkomend verschijnsel in de 'sociale zorg' van de vorige eeuw. Ook de huisartsendiensten werden

vrijwel altijd in natura geleverd. De betaling werd geregeld door de fondsen. Het restitutiestelsel kwam slechts sporadisch voor. Dit stelsel werkte niet altijd tot tevredenheid van alle betrokkenen: in De Steeg betaalden de leden bijvoorbeeld 'als ze lust hebben de geneesheer, of niet'.⁵ De honorering van de geneeskundigen bij de armenzorg en bij de fondsen was zo laag, dat deze moest worden gecompenseerd door de opbrengst uit een particuliere praktijk.¹ De gemeentelijke armenzorg bood artsen een jaayr honorarium, terwijl de fondsen meestal per abonnement betaalden. Er waren overigens ook fondsen die per verrichting betaalden, hetgeen bij de controle weleens tot moeilijkheden leidde, waardoor het verrichtingenstelsel in een kwaad daglicht kwam te staan.⁵ Om oneigenlijk gebruik uit te sluiten ging de voorkeur van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG, sinds 1949 KNMG) uit naar abonnementshonorering.

De controverse tussen artsen en 'de ziekenfondsen' ontstond aan het eind van de negentiende eeuw, met de opkomst van de zogenaamde onderlinge fondsen. Deze door arbeiders opgerichte en bestuurde fondsen zagen artsen als werknemers, dus in (loon)dienst van de fondsen. Een aan arbeiders ondergeschikte positie was in die tijd echter een revolutionaire omkering van de maatschappelijke verhoudingen. Veel artsen wilden dan ook geen medewerker van dergelijke fondsen worden.

Deze kwesties vonden aanvankelijk weinig weerklank bij de NMG, maar na jarenlange aandring van veel leden en met het uitzicht op een wettelijke ziektenkostenregeling gaf de Maatschappij uiteindelijk haar afstandelijke houding op. De aandacht richtte zich echter meer op organisatorische zaken dan op de consequenties in de praktijk, zodat de kritiek van de leden bleef. De onvrede richtte zich overigens meer tegen het abstracte begrip 'ziekenfondsen' dan tegen de ziekenfondsen waarbij men als medewerker was aangesloten. Plaatselijk werd de verstandhouding bovendien bevorderd door het ontstaan van 'netwerkjes' van artsen die zitting hadden in medische commissies en besturen van fondsen, ziekenhuizen en scholen.

Het overheidsbeleid ten aanzien van de

uitvoering van de gezondheidszorg was beperkt en fragmentarisch. Tussen 1904 en 1941 werden regelmatig wetten en wetsontwerpen voor een ziekenfondsregeling ingediend. Dit bevorderde de vorming van steeds sterkere machtsblokken van de gezondheidszorgorganisaties, die de 'onvolkomenheden' van de bestaande situatie via de wetgeving verholpen wilden zien. De NMG beschikte als machtsmiddel over de eigen ziekenfondsen. Deze waren vanaf 1913 opgericht als 'modelfondsen' tegenover de bestaande fondsen. Ook buiten NMG-kringen was men ervan op de hoogte dat veel ziekenfondsen slecht waren ingericht en niet naar behoren functioneerden. De positie van de NMG was in alle opzichten gunstig: eigen fondsen, eensgezind optreden in externe aangelegenheden en opvattingen die aansloten bij die van de overwegend confessionele kabinetten uit die tijd.

De belangrijkste tegenspelers van de NMG, de onderling beheerde fondsen, verenigden zich in 1913 in de Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen (de latere ANOZ). Deze federatie startte vanuit een zwakke positie, met 130.000 leden en ideeën die niet op veel politieke steun konden rekenen. De positie van de diverse ziekenfondsinstellingen werd bovendien sterk verzwakt door allerlei belangentegenstellingen. Aan de andere kant werd met een geleidelijke unificering een machtsbasis verkregen die na 1946 zou worden verbreed. In 1937 telde de Federatie 570.000 leden,¹ circa 16 procent van het totaal aantal verzekerden. De NMG stond er met circa 33 procent weliswaar beter voor, maar de groei van de Federatie was onmiskenbaar.

Na 1920 werden door de NMG, de Federatie en de vakbeweging intensieve pogingen gedaan om het versnipperde ziekenfondswezen te reorganiseren, maar zij slaagden daar niet in. Dit was voor een deel het gevolg van een diepgewortelde onderling wantrouwen. De NMG boycotte de onderlinge fondsen al vanaf 1903; dat wil zeggen dat artsen die lid waren van de NMG, zich niet aan deze fondsen mochten verbinden. De fondsen probeerden dit probleem op te lossen door artsen in vaste dienst aan te stellen.¹ Dit was voor de NMG

een hernieuwd bewijs dat de fondsen erop uit waren de artsen afhankelijk te maken. Daarbij speelde ook de situatie in Duitsland een rol: de slechte honorering en arbeidsomstandigheden van de door de Krankenkassen aangestelde artsen waren geen goede reclame voor een dergelijk stelsel.

De hoogte van het honorarium van de huisarts vormde officieel geen struikelblok in deze besprekingen. De werkgevers waren tot 1941 niet verplicht om een premiebijdrage te leveren. De hoogte van de contributie moest dus gebaseerd worden op de – lage – draagkracht van de verzekerden, waardoor er van een goede honorering geen sprake kon zijn. De NMG had hiervoor alle begrip.

Toch bestaat de indruk dat de (onvolgende) honorering ten grondslag lag aan twee van de drie vooroorlogse meningsverschillen: de hoogte van de welstandsgrens en de bestuurssamenstelling van de fondsen. Toen echter voorwaarden van buitenaf dreigden te worden gesteld, met een wetgeving naar Duits model, bleken de tegenstellingen wél overbrugbaar en verenigden de partijen zich in 1941 met het Ziekenfonds-Besluit. Door dit Besluit werd voor een bepaalde groep werknemers de ziekenfondsverzekering verplicht. De contributie naar draagkracht werd vervangen door een landelijk uniforme, door werkgevers en werknemers betaalde premie.

De machtspositie lag in de vooroorlogse jaren nog bij de NMG. Ongetwijfeld versterkte de sterke positie van de NMG bij de ziekenfondsen het streven naar meer macht, hetgeen zij door middel van unificering trachtten te bereiken. Daarnaast zagen de fondsen al vroeg in dat er, wilden zij iets kunnen bereiken, veel afhang van de onderhandelingsbekwaamheid van hun vertegenwoordigers. Hierdoor schakelden zij al in een vroeg stadium professionele onderhandelaars in.

De onderhandelingsjaren

Na 1945 heerste er een grote mate van overeenstemming over de noodzaak van reguleringen in het belang van de wederopbouw van het land. De overheid beperkte

zich ten aanzien van het gezondheidszorg-beleid tot het stellen van economische randvoorwaarden. Tot de jaren '60 voerde zij een stringent loon- en prijsbeleid en werden bijvoorbeeld bouwbeperkingen aan de ziekenhuizen opgelegd. Door de economische opleving nam deze regulerende rol af. Dit had onder andere financiële gevolgen voor de gehele gezondheidszorg. Alle in de gezondheidszorg werkende beroepsgroepen kwamen met salariseisen en ziekenhuizen voerden 'inhaal-verbouwingen' uit. Bovendien steeg als gevolg van medisch-technologische ontwikkelingen het niet-gecoördineerde aanbod op velerlei gebied.

Het cultuurpatroon onderging in de jaren '60 een drastische wijziging. De tucht en discipline van het eerste naoorlogse decennium maakte plaats voor rebellie tegen gezag en autoriteit. Gevoegd bij de toenemende medische specialisatie, ervoeren veel huisartsen deze ontwikkelingen als een bedreiging voor hun positie.

De LHV werd in 1946 opgericht als een zelfstandige vereniging binnen de NMG. Doelstelling was het bevorderen van het goed functioneren van de huisartsen in Nederland en het behartigen van hun sociaal-economische belangen. Een van de taken van de LHV was het overleg over huisartsentarieven en contracten met Centrale Overlegorgaan van de ziekenfondsorganisaties (COZ; door de toenemende centralisatie via GOZ in 1957 tot VNZ in 1977). De onderhandelingen werden gevoerd door de zogenaamde onderhandelingscommissie. In principe bestond er overeenstemming over een abonnements-tarief als honoreringsstructuur. Dit gaf de ziekenfondsen een zodanige grip op de totale uitgaven voor de huisartsenhulp, dat het 'vrije' beroep voor hen geen echt probleem meer opleverde.

Tot ongeveer 1970 waren de onderhandelingen voornamelijk gericht op hoogte en opbouw van het honorarium. Met name het COZ verreed in deze periode inhoudelijke discussies; hierdoor werden onderwerpen als het verschil in verrichting-getallen tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten, een al dan niet bestaand verschil in behandeling tussen deze patiënten en kwaliteits-verhogende maatregelen voor het huisart-

senberoep, slechts zijdelings aangestipt. De verwachting dat dergelijke discussies kostenverhogend op de huisartsenhulp zouden kunnen werken, zal hierbij een rol hebben gespeeld. Wel werd in deze periode een geleidelijke daling van de 'normpraktijk' gerealiseerd.

De onderhandelingen zijn in te delen in vijf fasen, waarin een geleidelijke verschuiving plaatsvond van het door beide partijen opkomen voor het eigen belang naar begrip voor de wederzijdse afhankelijkheid.

Het gentlemen's agreement

De strijdbijl tussen huisartsen en ziekenfondsen bleek in 1941 niet zo diep begraven: een eerste conflict brak al in 1946 uit. Voor beide partijen was de situatie sinds de vooroorlogse jaren echter drastisch gewijzigd. Door het Ziekenfonds-Besluit en door de loon- en prijsmatigingspolitiek waren de bevoegdheden van de regering ten aanzien van de financiering van de gezondheidszorg toegenomen. De resultaten van de onderhandelingen tussen LHV en fondsen moesten daarom worden voorgelegd aan toetsende instanties als Ziekenfondsraad en overheid.

De positie van de ziekenfondsorganisaties was door het Besluit gelijkwaardiger geworden aan die van de artsen, aangezien ook de ziekenfondsen nu maatschappelijk en politiek werden erkend. Evenals de artsen hadden zij nu een legitieme machtsbasis en een monopoliepositie (ten aanzien van verplicht verzekerden en medewerkers). Door de toenemende unificering en ook door het toenemend aantal ziekenfondsverzekerden werd de collectivisering bevorderd. Voor de huisartsen werd de dienstverlening aan ziekenfondsverzekerden minder 'ideëel' en meer 'beroepsmatig'.

Deze veranderingen hadden ook gevolgen voor de contacten tussen artsen en ziekenfondsen: er moest nu door de fondsen onderhandeld worden over de honoraria. Vanuit het standpunt van de artsen bood de uniforme premiereregeling waaraan werkgevers meebetaalden, een oplossing voor de financiële problematiek. De ziekenfondsen hadden tussen 1941 en 1946

zelfs een behoorlijke reserve weten op te bouwen. Zij konden bij de artsen niet meer rekenen op enig begrip voor hun financiële positie, zodat de onderhandelingsstactiek gewijzigd moest worden. Dit was voor de fondsvertegenwoordigers geen onoverkomelijk probleem. De huisartsen hadden een sterk machtsmiddel, in de vorm van het opzeggen van de overeenkomsten.

Zowel de fondsen als de LHV dienden vanaf 1946 diverse voorstellen ter oplossing van het honoreringsprobleem. De onkosten van de huisartsen waren toegenomen door de prijsstijgingen na de algemene loonronde van 25 procent in 1945. De fondsen ontkenden dit probleem niet.

Het honoreringsoverleg werd bemoeilijkt doordat de LHV de onderhandelingen direct startte vanuit wat in de onderhandelingsliteratuur een *positie* wordt genoemd.⁶ De LHV noemde direct een bedrag (NLG 7,— per verzekerde), waarover niet te onderhandelen viel. Zij had hierin eigenlijk ook geen andere keus: als nieuwe vereniging moest zij zich nog waarmaken voor een deel van de leden dat zeer kritisch en ontevreden was over de handhaving van het Ziekenfonds-Besluit en de honorering. Een deel van de artsen was zelfs al overgegaan op een verrichtingentarief voor ziekenfondsverzekerden.

Het *gentlemen's agreement* van 1947 was slechts een voorlopige oplossing. De fondsen verhoogden in het *agreement* hun honoreringsvoorstel met een toeslag in de onkostensfeer. Per saldo legden de fondsen 10,1 procent toe op hun voorstel, terwijl de LHV 33,1 procent minder kreeg dan gevraagd.

Verkennde onderhandelingen (1949-1955)

Na 1945 overheerste in Nederland bij politieke, sociale en economische instellingen de wil om controversiële zaken in een harmonische sfeer op te lossen. Ook in de onderhandelingen tussen LHV en COZ was tussen 1949 en 1955 de invloed van dit harmonisatiestreven merkbaar. De onderhandelingen werden voor een deel door dezelfde mensen gevoerd als in de vooroorlogse jaren. Toch probeerde men het eertijds opgebouwde wantrouwen zo min mo-

gelijk kans te geven. Vooral de ziekenfondsen leverden in deze periode een actieve bijdrage om escalatie, stemmingkwekerij en dergelijke te voorkomen. De LHV had soms meer onderhandelingsproblemen met de eigen leden dan met het COZ.

Uit 'pragmatische' overwegingen (tot 1954 stegen de reële lonen door het loonbeleid van de overheid bijna niet) richtte de LHV zich eerst uitsluitend op een verhoging van de kostenvergoeding. De fondsen konden de naoorlogse kostenstijgingen niet ontkennen en deden dat ook niet. Als argument om de verhogingen zoveel mogelijk beperkt te houden, droegen zij eerst nog eens 'de sociale taak van de artsen, die niet in geld uit te drukken is' aan. Zoals gezegd, was de LHV niet meer gevoelig voor dit soort argumenten, ten minste niet voor ziekenfonds-verzekerden. Aan de ene kant was het typisch voor de ziekenfondsen om bij voorbaat iedere verhoging van het abonnementstarief af te keuren, aan de andere kant werd verondersteld dat zij, zonder enige onderbouwing, kostentoeslagen zouden honoreren. Het COZ drong enige jaren aan op een kostenenquête, waarin de LHV uiteindelijk toestemde.

Na 1949, toen door toedoen van een bemiddelingscommissie overeenstemming was bereikt over een kostenaanpassing, verliepen de onderhandelingen veel soepeler. Van een machtsoverwicht bij één van de partijen leek geen sprake meer. Zo werden er geen ultimata gesteld en geen posities ingenomen waarover niet te onderhandelen viel. Wel werd door de fondsen gebruik gemaakt van het 'spelgedeelte' van onderhandelingen: tactiek.

Sinds de inwerkingtreding van het Ziekenfonds-Besluit waren premiehoogte, verstrekkingen en huisartsenhonoraria uniform geregeld, maar de overeenkomst tussen huisartsen en ziekenfondsen nog niet. Het hoofddoel van de fondsen was daarom een landelijke standaard-overeenkomst. Daar hadden de huisartsen echter helemaal geen haast mee. Zij wilden eerst het honorarium goed geregeld hebben.

Dit bood de fondsvertegenwoordigers een gelegenheid om zich van hun sterkste zijde te laten zien: het COZ kreeg vanaf het begin van de jaren '50 begrip voor de situatie van de artsen. Diverse zieken-

fondsvertegenwoordigers gaven te kennen dat het honorarium van de artsen te laag was. Een redelijk honorarium kon met behulp van vergelijkingsmateriaal en een goed onderbouwde kostenvergoeding worden vastgesteld. Om te voorkomen dat de standaard-overeenkomst elk jaar aangepast zou moeten worden, leek het de fondsen veel verstandiger om deze los te koppelen van het honorariumvoorstel. Zo kon zonder al te veel problemen in 1954 de standaard-overeenkomst worden ingevoerd, vóórdát een honorariumregeling – met een nu onderbouwde kostenregeling – tot stand kwam (1955).

Het van ziekenfondszijde getoonde begrip leidde tot een positief beeld bij de LHV over het COZ. Intussen was de LHV door deze overeenkomst wél in de positie van vragende partij gemanoeuvreed, aangezien het contract voor vijf jaar was aangegaan. De LHV hanteerde in deze periode tegenover het COZ één keer, in 1949, haar 'verrichtingenmiddel' om een kostenaanpassing te bewerkstelligen. Dit beïnvloedde in eerste instantie het standpunt van het COZ niet – een houding die ook in 1947 het nodige effect had gesorteerd. Een eventueel overgaan op een verrichtingentarieef had in zoverre effect, dat de Ziekenfondsraad zich ermee ging bemoeien. Zowel LHV als COZ gingen akkoord met de instelling van een bemiddelingscommissie, die een bindend advies zou uitbrengen.

De onderhandelingstactiek van de ziekenfondsen (1956-1966)

De overeenkomst kon worden beëindigd, indien zich 'evenementen voordeden waardoor het honorarium niet meer in overeenstemming was met de daardoor ontstane omstandigheden'. Deze 'evenementen' deden zich volgens de LHV al in 1957 voor, waardoor een tussentijdse rectificatie nodig werd geacht. De fondsen waren het ermee eens dat de regeling aangepast moest worden, wanneer zich een belangrijke wijziging voordeed. De vraag was echter, wat onder een belangrijke wijziging moest worden verstaan. Die vraag bleef voor de resterende jaren van het contract uiteraard moeilijk te beantwoorden voor het GOZ.

Vanaf 1957 tot 1966 trachtte de LHV de fondsen ervan te overtuigen, dat beleidszaken als normatieve praktijkgrootte gekoppeld aan een 'normdagtaak', geregeld dienden te worden vóórdát een volgende honoreringsovereenkomst tot stand kon komen. Het GOZ was daartoe wel bereid, maar de jaarlijkse honoreringsaanpassingen namen te veel tijd in beslag. De drukbezette economisch deskundigen van beide partijen dienden lijvige voorstellen en tegenvoorstellen in, maar hierover werd in de commissie eigenlijk niet eens onderhandeld. Bij bepaalde posten kwam men niet verder dan het steeds opnieuw kenbaar maken van de eigen mening, waarna de deskundigen weer ingeschakeld moesten worden.

Als het ernaar uitzag dat er geen overeenstemming bereikt zou worden, was het GOZ inventief in het vinden van 'nieuw materiaal' of 'had men elkaar verkeerd begrepen', hetgeen de weg voor een compromisvoorstel vrijmaakte. De LHV bood als compromisvoorstel diverse keren aan om te middelen tussen haar vraag en het aanbod van het GOZ. De fondsen benaderden dit anders: zij boden eventueel 'zomaar' een percentage, waarbij alle berekeningen weer opzij werden gezet.

Na het aflopen van het contract in 1960 werd met interimregelingen gewerkt. Voor de fondsen was dit voordeliger dan een door de LHV gewenste herziening van de honorariumstructuur. De fondsen konden de onderhandelingsdelegatie van de LHV er jaarlijks van overtuigen, dat zo'n interimregeling toch maar voor een jaar was; het volgende jaar kon immers de beleidsproblematiek onderzocht worden. Het maakte geen verschil dat de LHV de honoreringsvoorstellen vroeger indiende om zo het tijdsprobleem te omzeilen.

De leden van de LHV waren het steeds minder eens met deze gang van zaken. Eind 1965 accepteerde de LHV het ziekenfondsvoorstel nog 'één keer op de oude manier, als de andere aspecten daarna aan de orde komen'. De LHV-leden verwierpen dit voorstel echter en wilden de overeenkomst opzeggen. Door tussenkomst van een externe commissie bleef het gesprek tussen LHV en GOZ nog een korte periode op gang. Begin 1966 aanvaardden de LHV-

leden echter niet nog eens, dat de door de fondsen voorgestelde regeling nog enkele maanden gecontinueerd zou worden. Een deel van het LHV-bestuur trad hierop af.

Het GOZ slaagde erin de discussie over een herziening van de honoreringsstructuur door tijd rekken jaar na jaar uit te stellen. Een voordeel van deze tactiek was, dat er verder geen argumentatie nodig was. Zelfs een financieel argument werd niet gebezigd, ten minste niet in de onderhandelingscommissie.

Bij duidelijke machtsverschillen ziet men volgens de organisatieadviseur *Mastenbroek*, een manipulerend en exploiterend gedrag versus een onderdanig en meegaand gedrag optreden.⁷ Van 1955 tot 1965 kan het gedrag van de LHV-delegatie beslist niet als onderdanig worden getypeerd, wél als meegaand. Gedeeltelijk was dit een gevolg van de onderhandelingservaring uit het begin van de jaren '50; daarnaast wist een deel van de artsen 'medische ethiek' en 'onderhandelingsethiek' niet te scheiden. In de onderhandelingen bestond dientengevolge een machtsverschil tussen de partijen.

In tegenstelling tot hetgeen men uit publikaties op dit gebied zou verwachten, bleken de ziekenfondsen hun positie zodanig te kunnen benutten, dat zij de sterkste positie in konden nemen. Het opzeggen van de overeenkomst in 1966 door de artsen had dan ook slechts een beperkte invloed op het onderhandelingsgedrag van de fondsen. De fondsen handhaafden hun basisvoorstel (13,28 procent). Wél aanvaardden beide partijen de tussenkomst van een bemiddelingscommissie.

De onderhandelaars wisselen van tactiek (1965-1970)

Aan het 'meegaand' onderhandelingsgedrag van de LHV kwam een abrupt einde door het optreden van de ledenvergadering en de nieuwe woordvoerders in de onderhandelingscommissie. Nu hanteerde de LHV óók een tactiek, en wel de ziekenfonds-onderhandelingsstactiek: de LHV was steeds bereid om bijvoorbeeld de belangen van de ziekenfondsen in het oog te houden en tot overeenstemming te komen (waarbij natuurlijk de redelijkheid voorop

stond); het was overigens de taak van de ziekenfondsen om overeenkomsten te sluiten, en dus moest het GOZ maar met een honoreringsvoorstel komen.

De fondsvertegenwoordigers reageerden de eerste vergaderingen wat verbouwerd, maar herstelden zich snel. Zo verklaarden zij niet bij voorbaat afwijzend te staan tegenover een gedeeltelijk verrichtingentarief; zij zagen wel theoretische mogelijkheden. De voordelen van het abonnementssysteem werden intussen breed uitgemeten. Al met al lukte het niet om de nieuwe honoreringsvoorstellen in de commissie behandeld te krijgen, en tot overeenstemming kwam het al helemaal niet.

Volgens de procedure werd dit aan de minister meegedeeld. Deze gaf de commissie-Van der Ven opdracht een rapport op te stellen over de hoogte en opbouw van het honorarium. De regering nam het advies van de commissie over, waardoor het huisartsenhonorarium gekoppeld werd aan ambtenarenschaal 151.

Dit bindende advies zou de honorariumproblematiek tussen huisartsen en fondsen oplossen, hoewel dit niet direct zichtbaar was. Integendeel, aanvankelijk waren er de nodige gewenningsproblemen, vooral doordat het GOZ het niet eens was met de geadviseerde opbouw en hoogte van de praktijkkosten. De totale kostenvergoeding was in het rapport vastgelegd, maar over de kostenposten moest nog onderhandeld worden. Overeenstemming werd echter binnen drie maanden bereikt, hetgeen verbazingwekkend snel kan worden genoemd. Geleidelijk kon er daarna een betere verstandhouding ontstaan. In 1970 was er, voor zover uit de verslagen kan worden opgemaakt, voor het eerst sprake van gelijkwaardige partijen, die op elkaars standpunten ingingen en naar het waarom ervan vroegen.

In de jaren '60 nam de regulerende rol van de overheid af. Dit had onder andere een vrijere loonvorming tot gevolg (loonexplosie 1964), wat weer gevolgen had voor de honorariumwensen van de artsen. Deze werden bovendien versterkt, doordat de positie van de huisarts in de zestiger jaren niet meer zo vanzelfsprekend en kritiekloos werd aanvaard door de samenleving

(inclusief een nieuwe generatie huisartsen). Daardoor ontstond zowel kritiek op de hoogte van de honorering, als kritiek op de eenzijdige economische belangenbehartiging.

De ziekenfondsen verkeerden door het meerjarencontract in een comfortabele positie. Zij wilden het liefst de status quo handhaven en dit lukte een kleine tien jaar, tot 1966. Door het vermijden van inhoudelijke discussies over de gezondheidszorg, bijvoorbeeld de koppeling van een lager aantal ziekenfondsverzekerden aan kwalitatieve verbetering van het huisartsenwerk, kwalificeerden zij zich als hooguit een betaalkantoor.

Het machtsmiddel van de LHV, een eventueel invoeren van een verrichtingentarief, faalde ook dit keer tegenover de ziekenfondsen: beide partijen hielden vast aan de eigen – ver uiteenlopende – voorstellen.

Het effect van het rapport-Van der Ven was, behalve een aanzienlijke inkomensvermeerdering, het begin van de oplossing van de honoreringsproblematiek. De 'winst' lag vooral daarin, dat nu de weg vrijkwam voor meer aandacht voor de inhoudelijke kant van de gezondheidszorg.

De relatie LHV-ziekenfondsorganisaties na 1970

Vanaf het eind van de jaren '60 werd gewezen op de noodzaak van een geïntegreerd gezondheidszorgbeleid, omdat anders de volksgezondheidsvoorzieningen onbetaalbaar zouden worden (Volksgezondheidsnota 1966). In navolging van de in 1974 verschenen Structuurnota, met als kernwoorden kostenontwikkeling, samenhang en planning, werd vanaf die tijd gestreefd naar centralisatie van het gezondheidszorgbeleid. Voorbereidingen werden getroffen om met behulp van wetgeving, aanbod, tarieven en – als nieuw beheersingsmiddel – de vraag, te reguleren. Met het ter discussie stellen van het verzekeringsstelsel (commissie-Dekker) leek de overgang van een autonome naar een gepolitiseerde ordening van de gezondheidszorg voltooid. De nadruk verschoof daarbij in de jaren '80 geleidelijk van centralisatie naar regionalisatie.

Inmiddels werd de samenleving als geheel kritischer. Ten opzichte van de gezondheidszorg was deze kritische houding nogal tegenstrijdig. Aan de ene kant groeide de kritiek op wat de gezondheidszorg *niet* bood: de reguliere geneeskunde 'repareerde' slechts en maakte ziek en onzelfstandig. Anderzijds heerste in brede kring de opvatting dat ieder onwelbevinden met behulp van de medische kennis kon en moest worden bestreden.

Door de overheidsmaatregelen en de kritiek uit de samenleving voelden de gezondheidszorgorganisaties zich in hun positie en autonomie bedreigd. Omstreeks 1982/1983 ontstond een hausse in 'Beleidsplannen', onder meer van de VNZ, de Landelijke Specialististen Vereniging en de Nationale Ziekenhuis Raad. De LHV kwam in 1983 met 'Blauwdruk LHV-beleid'. Volgens *De Jonge* moet dit beleidsplan worden begrepen als een vorm van mobilisering van de beroepsgroep om tegendruk te leveren tegen het overheidsbeleid.⁸

Deze ontwikkelingen waren ook van invloed op de onderhandelingen tussen LHV en ziekenfondsorganisaties. De op deelgebieden verleende overheidssteun aan één van de partijen werkte door in de respectieve onderhandelingsposities. Deze overheidssteun bleef echter onvoorspelbaar en gefragmenteerd en beperkte zich veelal tot politieke steun, zodat langdurige gevolgen voor de onderhandelingen uitbleven. Als voorbeeld kan de invoering van een gedeeltelijk huisartsenverrichtingentarief dienen. Zo'n verrichtingentarief paste in het overheidsbeleid van (bezuiniging door) versterking van de eerste lijn. Toen de plannen echter concreter werden, bleek dat de politieke steun niet werd omgezet in daadwerkelijke steun. De ziekenfondsen wilden eigenlijk helemaal geen herstructurering van de honorering. Er viel echter niet onderuit te komen: de LHV kon zich beroepen op de 'versterking van de eerste lijn'-ideologie', zich daarbij gesteund voelend door de politiek. Anderzijds voelden de fondsen zich politiek gesteund in hun streven het percentage van het verrichtingendeel zo laag mogelijk te houden. De uitkomst van de onderhandelingen was, dat de LHV haar ideeën omtrent het percenta-

ge van het verrichtingendeel in het abonnementstarief moest bijstellen.

De soms nog forse meningsverschillen, bijvoorbeeld in 1974/1975, groeiden niet meer uit tot conflicten. De vaststelling van het basissalaris was door de koppeling aan een ambtenarenschaal sterk vereenvoudigd. De onderhandelingen verliepen hierdoor na 1970 veel zakelijker dan ervoor. De praktijkkostenvergoeding kon wél geschilpunten opleveren. De bepaling hiervan was steeds weer een kostbare, inefficiënte en tijdrovende bezigheid. Werkelijk 'alles' werd erin geregeld, bijvoorbeeld huisvesting, autokosten, vaktijdschriften, LHV-lidmaatschap en bijscholing (VUT- en pensioenregeling zijn bestanddelen van het honorariumdeel van het tarief). Deze tot in de details uitgewerkte regeling leverde volop stof tot onenigheid, maar aan de andere kant ook een overvloed aan onderhandelingsmateriaal. Beide partijen konden er concessies mee doen, om uit een impasse te komen of hun goede wil te tonen, of als goedkoop wisselgeld (want de totale kostenvergoeding veranderde er niet vaak door).

Fischer waarschuwt voor het doen van concessies, omdat men voor het bereiken van een goed onderhandelingsresultaat onderscheid moet maken tussen het uitdenken van mogelijkheden en het nemen van beslissingen.⁹ Veel concessies over de praktijkkosten van de huisartsen lijken echter ingecalculerd te zijn. Het was daarom ook niet zo belangrijk of er voor een bepaalde post nu te veel of te weinig werd vergoed: niet de afzonderlijke onderdelen, maar het totale bedrag was vermoedelijk voor de fondsen van doorslaggevende betekenis om tot overeenstemming te komen. Bovendien moet niet uit het oog worden verloren dat de overheid uit bezuinigingsoverwegingen vanaf het begin van de jaren '70 versterking van de eerste lijn propageerde. Uit de onderhandelingen van de specialisten met de ziekenfondsen blijkt dat de ziekenfondsen de huisartsen al vanaf 1947 beschouwden als degenen die de ziektekostenuitgaven nog enigszins in bedwang konden houden. Mede dankzij deze comfortabele positie kreeg de LHV de gelegenheid de praktijkkostenvergoeding goed te regelen.

Vanaf het begin van de jaren '80 moesten

honoreringsovereenkomsten volgens richtlijnen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) worden ingediend en goedgekeurd. Veel vrijheid hadden de onderhandelaars daarin dus niet. Geleidelijk werd na 1970 het accent verschoven van 'onderhandelen' naar 'vergaderen' over de inhoud van het huisartsenberoep (met als bijkomend gevolg dat de verslagen van de onderhandelingscommissie dan als bron minder interessant worden). Er was ook eigenlijk niet zoveel overgebleven om over te onderhandelen. Onderwerpen als vestigingsbeleid en goodwill-problematiek zijn zonder veel verbeeldingskracht te beschouwen als verlengstukken van de honoreringsregeling. Discussies en regelingen over bijvoorbeeld solopraktijken en/of groepspraktijken, kwaliteitsbewaking en deskundigheidsbevordering, dienen daarentegen een breder belang, waarin LHV en ziekenfondsen in een andere positie ten opzichte van elkaar behoren te staan. Er werden werkgroepen gevormd om inhoudelijke discussies voor te bereiden, en steeds vaker was er sprake van bureauoverleg. Dergelijk informeel vooroverleg werkt soepeler en sneller, noodzakelijk als moet worden ingespeeld op het nogal eens wisselende gezondheidszorgbeleid.

De vergaderfrequentie van de onderhandelingscommissie ging dientengevolge drastisch omlaag. Voor LHV-leden en ziekenfonds-achterban werd de besluitvorming door het bureauoverleg ondoorzichtiger. Zolang alles redelijk naar verwachting verloopt, is dat waarschijnlijk niet zo'n groot probleem. Toegeven op bepaalde punten kan door de achterban echter als een teken van zwakte worden gezien, waardoor de kansen op overeenstemming afnemen.¹⁰

Over het algemeen was er na 1970 geen sprake van een openbare machtsstrijd tussen LHV en ziekenfondsen. Mede onder invloed van het optreden van de overheid ontstond er een zekere erkenning van de onderlinge afhankelijkheid, waardoor er effectiever onderhandeld kon worden. Zolang de honorering op een duidelijke en kennelijk voor beide partijen aanvaardbare wijze was geregeld, werden geen posities meer ingenomen en geen dreigementen

geuit. Het vooroverleg verving voor een groot deel de officiële onderhandelingen en juist deze onderhandelingen zijn door het grote aantal, niet altijd professionele, vertegenwoordigers en de invloed van de achterban, conflict-gevoelig.

Conclusie

Bij de onderhandelingen vanaf 1947 tussen LHV en ziekenfondsen hebben zich wezenlijke wijzigingen voorgedaan in de positie van beide partijen ten opzichte van elkaar en in de onderhandelingsproblematiek. In 1946 hadden de ziekenfondsen een historisch gegroeide achterstand in macht op de LHV. Aan de andere kant hadden de huisartsen een historisch gegroeide achterstand op het punt van de honorering, die op het draagkrachtprincipe beruiste. Het Ziekenfonds-Besluit gaf de ziekenfondsen een gelijkwaardiger positie, maar maatschappelijk gezien was de invloed van artsensorganisaties tot in de jaren '60 vrij groot. De LHV heeft dit gegeven echter tot 1966 niet voldoende kunnen uitbuiten door de kwaliteiten van de professionele onderhandelaars van de ziekenfondsen.

De onderhandelingen concentreerden zich tot ongeveer 1967 op de hoogte en samenstelling van het honorarium. Tot die tijd konden de fondsvertegenwoordigers hun 'sterke kant', onderhandelingsbekwaamheid, stellen tegenover de 'zwakte' van de LHV, het behartigen van het eigenbelang. Een van de bestaansredenen van de LHV is de materiële belangenbehartiging van haar leden. Dit behoeft verder geen legitimatie. De LHV zocht echter tevens legitimatie in het 'algemeen belang', waardoor haar onderhandelingspositie verzwakte. De belangenbehartiging werd daardoor in deze periode bemoeilijkt door 'medische ethiek'. Voor de fondsen was dit een vermenging van twee begrippen die niets met elkaar gemeen hebben. Zelfs de pressie met een eventueel invoeren van het verrichtingentarium had niet tot gevolg dat de ziekenfondsorganisaties toegaven. Met behulp van door beide partijen aanvaarde bemiddelingscommissies konden dergelijke patstellingen pas doorbroken worden.

De verhogingen van het honorarium die hiervan steeds het gevolg waren, kan men

tot het eind van de jaren '50 niet zien als een grote machtsoverwinning van de huisartsen. De ziekenfondsen gaven immers zelf aan dat een verhoging noodzakelijk was, waarna zij vervolgens de gewekte verwachtingen niet in hun bod tot uitdrukking lieten komen. Vanaf ongeveer 1956 tot 1965 keerden de ziekenfondsen in de sterkste onderhandelingspositie. Daarna accepteerden de leden van de LHV de situatie niet langer, onder invloed van onder andere de algemene salariseisen in de jaren '60, de toenemende specialisatie die ervaren kon worden als een positiebedreiging voor de huisarts, de onwil van de fondsen om beroepsinhoudelijke aspecten aan de orde te stellen, en de houding van de fondsen in de onderhandelingen. De machtspositie van de huisartsen ten opzichte van de ziekenfondsen behoeft dus enige nuanceering.

De opstelling van de fondsen in deze werd tot 1966 niet door principiële overwegingen ingegeven; daarvoor waren de diverse fondsorganisaties nog te verdeeld. Waarschijnlijker is het dat zij hun uitgangspunten handhaafden, omdat zij ervan uitgingen dat het zo'n vaart wel niet zou lopen. Mocht dat tegenvallen, dan gaf een eventueel verrichtingentarium wel veel administratieve rompslomp, maar de ziekenfondsen waren al dermate gebureaucratiseerd, dat van dergelijke overwegingen geen doorslaggevende invloed meer uitging. Bovendien kreeg de huisarts er ook zijn deel van toegeschoven.

Na 1970 werden de onderhandelingen steeds meer vanuit een gelijkwaardige positie gevoerd. Zelfs de storende invloed van aan deze of gene partij gegeven overheidssteun had hierop geen blijvende invloed. Het is overigens nog te vroeg om te concluderen dat deze positie is geconsolideerd.

Voor beide partijen bleek de vaststelling en hoogte van het honorarium na 1970 duidelijk en goed geregeld. Hierdoor en onder invloed van maatschappelijke veranderingen werd in toenemende mate aandacht besteed aan inhoudelijke en functionele aspecten van gezondheidszorg en huisartsenberoep, waardoor het in het belang van de LHV was, om 'niet al te moeilijk te doen'. Maar datzelfde gold voor de fond-

sen, omdat de toenemende specialisatie een zwaardere financiële last was dan de huisartsenzorg, die een deel van deze kosten via het verwijssysteem al dan niet genereerde. De overeenstemming over de wijziging van de honoreringstructuur, een gedeeltelijk verrichtingentarium, kwam niet tot stand omdat de ziekenfondsen hun negatieve mening over 'verrichtingen' hadden opgegeven. Deze wijziging was onder andere te danken aan de op bezuinigingsoverwegingen gebaseerd 'versterking van de eerste lijn'-ideologie. De naïviteit van de overheid ten aanzien van de kostenbesparende werking van de gepropageerde maatregelen in aanmerking genomen, is het ook hier te vroeg om vast te kunnen stellen of deze wijziging van invloed zal zijn op de verhouding tussen LHV en ziekenfondsorganisaties. Van een - voor beide partijen goed geregeld - abonnementstarief bleek juist een stabiliserende werking uit te gaan.

Dankbetuiging

Met dank aan mw. Godelieve van Heteren, Instituut voor Geschiedenis der Geneeskunde, KU Nijmegen, voor het kritisch doorlezen van de eerste versie van dit artikel. De heren drs. T.L. ten Berge (LHV) en drs. T. Gerritsen (VNZ) dank ik voor hun welwillende medewerking en voor het beschikbaar stellen van het archief.

Literatuur

- 1 Van der Hoeven HC. Om de macht bij het fonds. De ziekenfondsen temidden van de sociale veranderingen in de jaren 1900-1982. Den Haag: Azivo, 1983.
- 2 Van der Krogt T. Professionalisering en collectieve macht, een conceptueel kader. 's-Gravenhage: Vuga, 1981.
- 3 IJsbrandy CM. De inkomensontwikkeling van huisartsen: 1946-1976, de voordelen van een vrij beroep. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1979.
- 4 Van de Loo FL. 'Den arme gegeven...'. Een beschrijving van armoede, armenzorg en sociale zekerheid in Nederland, 1984-1965. Meppel, Amsterdam: Boom, 1981.
- 5 Anoniem. Rapport omtrent den toestand der ziekenfondsen in Nederland. Z.p.: Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1908.

Vervolg op pagina 123.