

Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg

De hoofdvraag voor deze studie luidde:

Hoe ontwikkelde zich het politieke en maatschappelijke debat naar aanleiding van de behoefte tot het afdekken van risico's wegens ziekte of lichamelijk gebrek en hoe kregen de uitkomsten van dit debat vorm in wet- en regelgeving in de periode 1880-2006?

1 **Het Bismarckconcept en de verzekering van zorg, sociale zekerheid en gezondheidszorg 1880-1908**

In de laatste decennia van de negentiende eeuw werd geconstateerd dat de bestaande voorzieningen ter dekking van de risico's van ziekte en lichamelijk gebrek en ter voorziening in zorg via bijvoorbeeld de Armenwet, commerciële verzekeringen, ziekenfondsen, onderlinges en bedrijfsverenigingen niet voldeden. De behoefte aan wettelijke afdekking van specifieke risico's nam toe.

De verzekering tegen deze risico's werd vanaf 1880 in West-Europa, waaronder Nederland, gezien in het bredere kader van de sociale kwestie. De ontwikkeling van arbeidersverzekeringswetgeving volgens het Duitse Bismarckmodel werd als voorbeeld beschouwd en stimuleerde het debat. De principes van verplichte verzekering en de toezichthoudende en regelgevende overheid werden na 1885 ook in Nederland politiek en maatschappelijk geaccepteerd, al verschilden men van mening waarop en hoe beide principes moesten worden uitgevoerd.

De duiding van het begrip ziekte was verzekeringstechnisch breed, want ouderdom werd volgens de ontworpen en gerealiseerde ouderdomswetgeving ook als ziekte of gebrek beschouwd. De dekking van ziekterisico- of ziekteverzekering bestond in het Bismarckconcept uit twee delen: de verzekering tegen inkomensverlies en de dekking van kosten, veroorzaakt door medische zorg. Ziekteverzekering werd als arbeidersverzekering beschouwd: het risico waardoor de arbeider zijn werk niet kon uitvoeren. De risico's zelf werden gevormd door ongevallenrisico, door ouderdom en invaliditeit en door ziekte zelf. Met het bij wet regelen van verplichte sociale verzekeringen nam de landelijke overheid de verantwoording op zich voor een goede uitvoering van de regelingen en voor rechtsgelijkheid van verzekerden.

De regeling van de ongevallenverzekering kreeg om politieke en praktische redenen voorrang boven regeling van de algemene ziekteverzekering. Deze spe-

cifieke verzekering was bijzondere arbeiderswetgeving die politiek en maatschappelijk meer steun kreeg dan de ziekteverzekering en ook sneller in te voeren was. Door de machtsverhoudingen in het parlement en door acties van werkgevers kreeg de Ongevallenwet van de liberaal Lely door het toestaan van risico-overdracht een hybride karakter, dat de trend zette voor een karaktertrek van de Nederlandse sociale verzekering: een publiekrechtelijke regeling met een gemengde publiekrechtelijke en privaatrechtelijke uitvoering.

De Ongevallenwet had grote gevolgen voor de verhoudingen tussen het private en publieke domein. Overheid, werkgevers en artsen gingen een nieuwe relatie aan, die de basis werd voor de verhoudingen in het te vormen bestel. Werkgevers werden financiers en bestuurders van de sociale zorg. De overheid kreeg een regelgevende en toezichthoudende rol. De staat werd verplicht om na een ongeval bij een verzekeringsplichtig bedrijf goede geneeskundige zorg te waarborgen. Het instrument hiervoor was de Rijksverzekeringsbank, waarbij gebruik werd gemaakt van de bestaande infrastructuur. De artsen kregen te maken met landelijke regelgeving voor en standaardisering van behandeling, tarieven en medische controles voor sociale verzekeringswetgeving. Er ontstond een duidelijker beeld van het aantal zorgverleners en de kwaliteit van de geboden zorg. De relatie tussen de RVB en het medisch bedrijf werd bepaald door de bestendinging van de vrije artsenkeuze.

De consensus over de verbetering van de volksgezondheid door de Ongevallenwet groeide. Verzekerde arbeiders konden rekenen op goede hulpverlening en waren na een bedrijfsongeval niet meer afhankelijk van hun werkgever of bijvoorbeeld de Armenwet. De verleende zorg verbeterde kwalitatief omdat de RVB sturing gaf aan specialistische hulp, ziekenhuisverpleging en revaliderende paramedische zorg. Risico-overdracht werkte als een extra stimulans voor werkgevers om te zorgen voor preventie en medische begeleiding.

De uitvoeringspraktijk van de Ongevallenwet was niet probleemloos. Het ontbreken van een ziektewet naast de Ongevallenwet zorgde voor problemen bij de uitvoering van *kleine* ongevallen, ongevallen die kortdurende consequenties hadden. De Rijksverzekeringsbank kreeg als publiekrechtelijk uitvoeringsorgaan een zelfstandige positie tegenover het ministerie van Arbeid. De uitvoeringsvormen van volgende sociale verzekeringswetten als de Ziektewet, de Invaliditeits- en Ouderdomswetten en de Land- en Tuinbouwongevallenwet belemmerden de eenvoudigheid en eenheid van de uitvoeringsorganisatie. RVB, risicoverenigingen, Raden van Arbeid en bedrijfsverenigingen waren in grote mate autonoom. Pogingen om een medische dienst voor alle socialezekerheids- en volksgezondheidswetten te organiseren mislukten.

De ziekenfondsen werden van de uitvoering van de Ongevallenwet uitgezonderd. Dat had gevolgen voor hun plaats in het te vormen sociaal verzekeringsbestel. Hun rol als verzekeraars van ziekgeld was beperkt, waardoor zij ook geen partij waren in het debat over de ziektewet. Zij behielden hun identiteit als private verzekeraars in bijzondere vorm voor de dekking van het geneeskundig risico en beperkten zich tot de uitvoering van de private vrijwillige ziekenfondsverzekering en een enkele ziekgeldverzekering.

Door de keuze voor deze wettelijke verzekering van het ongevalrisico nam Nederland vanaf het begin een bijzondere positie in ten opzichte van Duitsland en België, waar de ziekteverzekering prioriteit gekregen had boven dit specifiekere risico. In Nederland werd de ongevallenverzekeringswetgeving door de politiek en de maatschappij als een beter haalbaar deel van de oplossing van de sociale kwestie gezien dan de algemene ziekteverzekeringswetgeving.

De noodzaak tot een wettelijk verplichte ziekteverzekering werd door de Ongevallenverzekering vergroot. De ambtenaren van de afdeling Arbeid van het ministerie van Binnenlandse Zaken kozen voor een Nederlandse vorm van de Bismarckwetgeving zoals die in Duitsland, Oostenrijk en Luxemburg bestond. Het concept werd gebruikt door Kuyper en in aangepaste versie door zijn opvolger, de liberaal Veegens.

Dit ziekteverzekeringswetsontwerp was onderdeel van Kuypers plannen voor een bestel van arbeiderswetgeving dat ook verzekeringen voor ouderdom en invaliditeit moest bieden. Kuypers voorstellen voor sociale verzekeringswetgeving waren politiek en sociaal gemotiveerd; blokkade van liberale dominantie door een confessioneel kabinet en uitvoeren van christelijk-sociale politiek door sociale hervormingen.

Het Bismarckmodel werd voor de ziekteverzekering aangepast aan de Nederlandse situatie door premiestelling, verstrekkingenpakket en uitvoering door publiekrechtelijke en private ziekenkassen. Kuyper gaf de voorkeur aan nieuw te vormen ziekenkassen boven ziekenfondsen. Hij vond hun risicodekking onvoldoende. Het ontwerp bood recht op zorg, onder meer ziekenhuisverpleging en tandheelkundige zorg, ziekengeld en begrafenisgeld. De definitie van ziekte die in het eerste ziekteverzekeringswetsontwerp van Kuyper werd gegeven, luidde: *eene storing van den gezondheidstoestand van lichaam of geest, welke geneeskundige behandeling noodig maakt.*

Nederland kreeg door de voortijdige val van het kabinet-De Meester geen ziekteverzekeringswetgeving volgens het Bismarckmodel. De voorstellen hadden wel indirecte gevolgen voor het ziekenfondsbestel. De pogingen tot invoering van deze wetgeving waren een overgangs- of transitiepunt van een eenvoudige markt van zorg en verzekering naar een markt waar steeds grotere behoefte was aan regulering en ordening door de overheid. Zij waren uitvloeisel van en aanleiding tot politiek en maatschappelijk debat over de verzekering van gezondheidszorg dat sindsdien niet verstomd is. Artsen, ziekenfondsen, werknemers- en werkgeversorganisaties, politici en overheid gingen op landelijk niveau met politici en overheid de discussie aan over de inrichting van de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering of *social health insurance*.

De Nederlandse particuliere ziektekostenverzekering had juist in deze tijd haar ontstaan te danken aan een bijzondere vorm van *social health insurance*. Gelijktijdig met de debatten over ongevallen- en ziekteverzekering werd gediscussieerd over een wettelijk kader om de verhouding tussen werkgevers en werknemers collectief te kunnen regelen: de Wet op het Arbeidscontract. Artikel 163⁸ij volgens deze Wet uit 1907, de regeling van zes weken volledige geneeskundige verzorging van inwonend dienstpersoneel, maakte van deze beroepsgroep een

collectiviteit die markt bood voor de ontwikkeling van ziektekostenverzekering als nieuw product voor de schadeverzekering. De politieke keuze voor een uitsluitend privaatrechtelijke regeling maakte de ontwikkeling van een op werknemers en werkgevers toegesneden particuliere ziektekostenverzekering mogelijk: collectieve ziektekostenverzekering als arbeidsvoorwaarde was de basis en is een van de belangrijkste karakteristieken van de Nederlandse ziektekostenverzekering. Nieuwe ziektekostenverzekeraars en bestaande schadeverzekeringsmaatschappijen voegden hier de particuliere ziektekostenverzekering voor de groter wordende groep mensen met inkomens boven de welstandsgrenzen voor de ziekenfondsverzekering aan toe.

De ziektekostenverzekering voor de middenklasse was een privaatrechtelijke ontwikkeling waar de overheid geen specifieke wet- en regelgeving voor stelde. De relatie particulier verzekerde-zorgaanbieder was bij de ziektekostenverzekering anders dan de relatie ziekenfondsverzekerde-zorgaanbieder: ziektekostenverzekeringen boden restitutiedekking, ziekenfondsen verzorgden naturaverstrekking. De scheiding van de particuliere praktijk en de ziekenfondspraktijk van artsen werd tot de invoering van de basisverzekering curatieve zorg op 1 januari 2006 materieel tot stand gebracht en ideologisch onderbouwd door de door de artsenorganisatie NMG vastgestelde lokale welstandsgrenzen, die in 1941 werden omgezet in de landelijke ziekenfondsgrens. De NMG sloot ook uit dat zij directe invloed kon uitoefenen op de vorm en kwaliteit van de ziektekostenverzekering. De artsen waren niet in staat tot het ontwikkelen van een landelijk tarievenbeleid voor curatieve zorg. Dit had voor de verzekeraars negatieve gevolgen voor de beheersing van hun schadelast. Andere aspecten van de ziektekostenverzekering waren de gebrekkige actuariële grondslag van de premieberekening en de hevige concurrentie. Het aantal faillissementen was in de periode voor 1940 groot.

De Nederlandse ziektekostenverzekering week, evenals de wettelijke ongevallenverzekering, van de Duitse tegenhanger af. De Nederlandse verzekering kwam pas laat op gang, was een private, commerciële ontwikkeling en werd geïnitieerd door wettelijke regeling van geneeskundige zorg voor een bijzondere beroepsgroep. De Duitse *Private Krankenversicherung* was al in de negentiende eeuw ontwikkeld, stond onder overheidstoezicht, had een groter marktaandeel, bood meer vergoedingen en beschikte over betere mogelijkheden tot beheersing van de schadelast. Wat de verzekering in beide landen gemeenschappelijk hadden waren de welstands- of loongrenzen tot onderscheid van de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen.

2 Het Talmamodel en verzekering van zorg, sociale verzekering en gezondheidszorg 1907-1941

Niet alleen de Nederlandse ongevallen- en ziektekostenverzekeringen hadden hun eigen karakter. Ook de ontwikkeling van de ziekteverzekering ging haar eigen weg. De discussie over de ziekteverzekering bleef na het verdwijnen van het Bismarckconcept in 1907 ingebed in het bestel van te ontwikkelen sociale verze-

keringswetgeving. Het sociaal programma van het confessionele kabinet-Heemskerk, ontwikkeld in 1908, was geschreven voor arbeidersverzekeringswetgeving die volgens de regering beter bij de Nederlandse samenleving paste dan het Bismarckbestel. Minister van Landbouw, Nijverheid en Handel Talma koos voor een publiekrechtelijke corporatistische uitvoeringsorganisatie, de Raden van Arbeid, die de arbeidersbeweging moest versterken en voor wetgeving die de eenheid van ongevallen, ouderdoms-, invaliditeits- en ziekteverzekeringen moest vergroten.

Talma nam de ziekteverzekering met de Raden van Arbeid als basis voor zijn bestel. Hij definieerde het begrip ziekteverzekering daartoe opnieuw: als wettelijk verplichte dekking van het inkomensrisico, gescheiden van de vrijwillige verzekering van ziekenzorg. Deze scheiding kan worden benoemd als het *Talmamodel*. Door deze scheiding maakte Talma de ziekingeldverzekering als publiekrechtelijke regeling geschikt voor uitvoering door de Raden van Arbeid en liet het bestaande stelsel van de private, vrijwillige verzekering voor minvermogenenden door ziekenfondsen intact.

Talma had praktische en ideologische motieven voor zijn model zoals de verschillen in rechtsgrond voor de beide verzekeringen, de gunstige concurrentiepositie van de Nederlandse werkgevers ten opzichte van de Duitse en Belgische en de mate waarop de overheid in staat zou zijn de uitvoering van de verzekering van gezondheidszorg plaatselijk en regionaal te regelen. De rijksoverheid was volgens hem niet in staat om de rechtsgelijkheid van deze verzekering als sociale verzekering te garanderen. Talma beschouwde de staat als te zwak voor de implementatie van een landelijk vestigingsbeleid: artsen waren geen ambtenaren. Hij wilde ook de steun van de NMG niet verliezen, die de scheiding van de verzekering van ziekingeld en geneeskundige tot onderdeel van haar beleid had gemaakt.

Door het Talmamodel nam Nederland in Europa een uitzonderingspositie in. Gezondheidszorg en sociale verzekeringen waren wel indirect gekoppeld. De Ziektewet eiste voor uitkering een bewijs van goede geneeskundige zorg, waarvoor een lidmaatschap van een ziekenfonds geaccepteerd werd.

Het politieke en maatschappelijk debat over Talma's ziekteverzekering werd beheerst door de vraag of er, net als bij de Ongevallenwet sprake moest zijn van zowel publiekrechtelijke als private uitvoering. De noodzaak en de juistheid van de scheiding tussen de publiekrechtelijke ziekingeldverzekering en de privaatrechtelijke vrijwillige ziekenfondsverzekering werd betwist. Talma werd wel gesteund door de NMG, die de scheiding ziekingeld-ziekenfondsverzekering onderdeel van haar ziekenfondsbeleid had gemaakt.

De oppositie was op praktische en ideologische gronden tegen Talma's plannen verdeeld. Progressieve politici, sociaal-democraten, vrijzinnig democraten en progressief-liberalen, waren voorstander van een regeling van beide verzekeringen in één wet. Zij keerden zich ook vanwege volksgezondheidsargumenten tegen Talma en de NMG. De verzekering van zorg moest ook ziekenhuis- en sanatoriumverpleging en specialistische zorg bevatten. Deze werd vaak niet door bestaande voorzieningen gedekt. Talma's ziekteverzekering bood volgens de progressieve oppositie alleen een institutioneel kader voor behoud van de bestaande

ziekenfondsverzekering, zonder uitzicht op kwantitatieve en kwalitatieve verbetering van gezondheidszorg.

Conservatief-liberalen en confessionelen waren ook tegen het door Talma gepresenteerde uitvoeringsmonopolie van de publiekrechtelijke Raden van Arbeid. Nolens beschouwde zich niet als conservatief, maar de katholieke voorman trad als belangrijkste verdediger van private uitvoering van sociale wetgeving. Hij maakte Talma's scheiding van beide verzekeringen succesvol tot ruilmiddel om dit monopolie te vervangen door een duale uitvoering door Raden van Arbeid en privaatrechtelijke ziekenkassen. Hij wees de tegenstanders van het uitvoeringsmonopolie van de Raden van Arbeid er op dat door de scheiding tussen de verplichte verzekering van ziekengeld en geneeskundige zorg dit monopolie feitelijk ondermijnd werd.

Met de aanvaarding van de Ziektewet van Talma in 1912 was de discussie over de Wet nog niet beslecht. De Ziektewet werd niet ten uitvoer gebracht. De scheiding tussen verzekering van ziekengeld en geneeskundige zorg bleef wel gehandhaafd. Het Talmamodel was zo deel van het fundament van het Nederlandse sociale verzekeringsbestel geworden. De verzekering tegen inkomensderiving behoorde sindsdien tot het domein der sociale zekerheid, de verzekering van gezondheidszorg niet. De rechtsgrond voor de ziektewetuitkering was de gedachte dat de verzekering daarvan deel uitmaakte van het loon van de arbeider als onderdeel van de arbeidsovereenkomst. De verzekering van medische zorg werd gezien als onderdeel van de gezondheidszorg, gericht op loontrekkenden en niet-loontrekkenden en afhankelijk van inkomensgrenzen: het volksbelang als rechtsgrond.

De katholieke minister van Arbeid Aalberse nam dit onderscheid op in 1918 in zijn beleidsnota's en programma's voor sociale wetgeving en gezondheidszorg. Hij ontwikkelde het tweede kenmerk van de Nederlandse ziekteverzekering: wetgeving voor de vrijwillige verzekering van medische zorg. Dit concept werd door zijn opvolgers als ministers van Arbeid of Sociale Zaken in vele varianten overgenomen en op 1 november 1941 aangepast ingevoerd door de regeling van de verplichte en vrijwillige ziekenfondsverzekering volgens het Ziekenfondsenbesluit. De liberale minister van Volksgezondheid Hoogervorst bevestigde de scheiding van ziekengeld en zorgverzekering door de Zorgverzekeringwet van 2006.

De uitvoering van een wettelijk geregelde ziekenverzorgings- of ziekenfondswet door de acceptatie van het Talmamodel toegekend aan de privaatrechtelijke ziekenfondsen, die voor het recht van uitvoeringsorgaan wel aan erkenningseisen zouden moeten voldoen. De Ziektewet die tot stand kwam na een compromis dat in 1928 door katholieken en sociaal-democraten werd bereikt, kon op voordracht van minister van Arbeid Slotemaker de Bruïne in 1929 in het Staatsblad worden opgenomen. Uitvoerenden waren door werkgevers- en werknemersorganisaties bestuurde bedrijfsverenigingen en de Raden van Arbeid. De Raden voerden sinds 1919 de Invaliditeits- en Vrijwillige Ouderdomsverzekering uit en waren medeuitvoerenden van de Ongevallenwet.

De Nederlandse arbeider onder een bepaalde loongrens kon in 1930 aanspraak maken op een wettelijk geregelde ziekengelduitkering. Deze regeling verving de

private ziekengeldverzekeringen waar onderlinge en commerciële verzekeraars, ziekenfondsen en ziekenkassen van werkgevers en werknemers al vele jaren met meer en minder succes in voorzagen. Zij konden alleen nog aanvullende verzekeringen bieden. Nederland was het laatste Europese land waar een verplichte ziekteverzekering werd ingevoerd. Doordat Nolens het Talmamodel in 1911 als compromis had geaccepteerd, was Talma tot de concessie van de privaatrechtelijke inbreng gedwongen en werd het duale karakter van de uitvoering van de Ziektewet bepaald. Dit duale karakter was bij de verzekering van zorg door de private uitvoering door ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen niet aan de orde. De overheid had bij deze verzekering geen verantwoordelijkheid voor rechtsgelijkheid en de kwaliteit van de uitvoering.

De niet-gerealiseerde ziekenverzorgingswet-Aalberse uit 1919 was trait d'union in Aalberses plannen voor een integraal beleid van sociale verzekeringswetgeving en gezondheidszorg. Een in die tijd volledig pakket gezondheidszorg zou moeten voorzien in verbetering van de zorg voor minvermogenden met verhoging van het gezondheidsniveau. Andere gerealiseerde onderdelen van dit pakket waren warenwetgeving met de instelling van de Keuringsdienst van Waren, aanpassing van de Woningwet en tijdelijke vergroting van het bouwvolume van sociale woningbouw, een nieuwe Gezondheidswet met reorganisatie van het Staatstoezicht en instelling van de Gezondheidsraad.

Reallocatie van premiegelden, opgebracht door de Invaliditeits- en Ziektewet naar de gezondheidszorg was de andere verbinding tussen de domeinen der sociale verzekeringswetgeving en gezondheidszorg. Geneeskundige hulp werd volgens de Invaliditeits- en Ouderdomswet 1919 gegeven ter voorkoming van of het uitstellen van invaliditeit. Deze verstrekking zou besparingen kunnen opleveren op de invaliditeitsuitkeringen en moest budgettair neutraal zijn. Tuberculosezorg, de bestrijding van de meest voorkomende volksziekte, kwam als eerste voor subsidiëring in aanmerking, gevolgd door andere hulp als de operatieve behandeling van maagzweren. In 1920 werd voor tuberculosezorg 90% van de kosten, gefinancierd uit de Invaliditeitswet uitgegeven. Dit percentage daalde tot bijna 40% in 1933.

Overdracht van premiegelden uit de Ziektewet naar de gezondheidszorg was mogelijk door financiering van ziekenfondspremies voor Ziektewetverzekerden en de subsidiëring van preventieve gezondheidszorg of profylaxe door de Ziektewet. Het eerste werd niet gerealiseerd, doordat voor 1941 wettelijke regeling van ziekenfondsverzekering mislukte. De financiering van profylaxe was succesvoller. Per jaar werd hiervoor vier promille uit de premieopbrengsten gereserveerd om door middel van het in 1930 opgerichte Prophylaxefonds subsidies te verstrekken aan uiteenlopende stichtingen en fondsen: van de Provinciale Verenigingen ter bestrijding van Tuberculose en de Vereniging tot Rheumatiekbestrijding tot de stichting Huishoudelijke Voorlichting ten Plattelande en de Nationale Federatie voor de geestelijke Volksgezondheid.

Ondanks de implementatie van het Talmamodel was de relatie tussen de Ziektewet en gezondheidszorg innig. Ten eerste bevorderde het principe van de Wet, de uitkering van ziekengeld, herstel bij ziekte of na ongeval door de garantie

van inkomen. Ten tweede droeg de praktijk van de medische controle naar de rechtmatigheid van uitkering bij aan de kennis van medische claimbeoordeling. Ten derde voorzag de Wet direct in de financiering van geneeskundige zorg door verloskundige hulp op grond van artikel 39 en de subsidieverlening door middel van het profylaxefonds.

De derde relatie tussen sociale verzekeringswetgeving en gezondheidszorg bestond uit het terugplaatsen van de zieke of gekwetste verzekerde in de maatschappij en het arbeidsproces. De Ongevallenwet, de Invaliditeitswet, de Ziektewet en wetsvoorstellen voor ziekenzorg, zoals de ziekenverzorgingswet 1919 van Aalberse, waren gericht op of bevatten mogelijkheden tot het stimuleren of financieren van herstel, revalidatie en reïntegratie. Doelstellingen waren het beheersbaar houden van de kosten van uitkering en geneeskundige zorg, het herstel van arbeidsgeschiktheid en het bevorderen van terugkeer van de patiënt in de maatschappij.

De Ongevallenwet en de Ziektewet waren gericht op herstel van arbeidsgeschiktheid. De Ongevallenwet bood specifieke zorg voor herstel voor beroepsziekten of bedrijfsongeval. De Ziektewet bood een gehuwde verzekerde recht op verloskundige hulp door een arts of vroedvrouw en werd het volksbelang gediend door het verstrekken van subsidies uit het Prophylaxefonds. De financiering van tuberculosezorg uit de Invaliditeitswet voorzag in *nazorg* of revalidatie en reïntegratie na het voltooien van de sanatoriumkuur.

De ziekenfondswetgeving van Aalberse en de daarop volgende stroom varianten waren mede gericht op het opvullen van het hiaat tussen Ziekte- en Ongevallenwet, de zogenoemde *kleine ongevallen*. De belangrijkste reden voor ziekenfondswetgeving voor 1941 was, naast verbetering van de ziekenfondsverzekering en versterken van de volksgezondheid, het door de overheid indirect laten voorzien in de voorwaarde voor het verschaffen van goede geneeskundige zorg voor recht op uitkering van ziekgeld.

3 Het Talmamodel en structuur en financiering van zorg

Het Talmamodel en de door Aalberse geïntroduceerde gescheiden wettelijke regeling van de ziekenfondsverzekering hadden niet alleen gevolgen voor het karakter van sociale verzekeringswetgeving, maar ook voor de financiering en structuur van gezondheidszorg. Kuypers en Veegens' ziekteverzekeringswetgevingsvoorstellen volgens het Bismarckconcept voorzagen in ziekenhuisverpleging, tandheelkundige en specialistische zorg. Deze uitgebreide zorg zou financierbaar zijn door de inkomensafhankelijke premiestelling. Invoering had voor de kring der verzekerden betekend dat deze voor aanspraak op deze verstrekkingen geen beroep op de Armenwet meer hoefde te doen. De handhaving van de vrijwillige verzekering volgens het Talmamodel sloot deze verstrekkingen niet van de ziekenfondsverzekering uit, mits de overheid zou bijdragen volgens de opzet van Aalberse's ziekenverzorgingswet of de wens van de Unificatiecommissie uit 1925. Financiering uit de ziekenfondsverzekering zelf was door de nominale, beperkte

premiegrondslag nauwelijks mogelijk of, na 1920 in toenemende mate als aanvullende verzekering, geboden door de ziekenhuisverplegingsverenigingen en de ziekenhuiskostenverzekeraars.

De plannen voor subsidiëring van de ziekenfondsverzekering door de rijksoverheid waren in 1919-1920 een korte flikkering van hoop, die door de tekorten op de rijksbegroting tot 1941 echter een illusie bleven. Deze tekorten waren voor de landelijke overheid een pijnlijke spagaat. Zij werden voor een groot deel veroorzaakt door de slechte financiële onderbouwing van de Ouderdoms- en Invaliditeitswetgeving. De gebrekkige financiering hing samen met de economische ontwikkeling: tariefwetgeving, bestemd om sociale wetgeving te financieren, werd keer op keer door het parlement afgestemd omdat dit als protectionistische maatregel en als rem op de economie gold.

De toepassing van het Talmamodel had gevolgen voor de structuur van de gezondheidszorg. Het niet opnemen van klinisch-specialistische hulp en ziekenhuisverpleging in een ziekenfondswet had tot gevolg dat deze verstrekkingen ook niet werden omschreven in een wettelijke erkenningsregeling. Voor klinisch-specialistische zorg was dit minder belangrijk, omdat de NMG als beroepsorganisatie met het Specialisten Register in regulering door de artsenbranche zelf voorzag. De ziekenhuissector had wel behoefte aan wetgeving. De concurrentie in het interbellum was moordend geworden door het ongebreidelde bouwbeleid voor algemene en confessionele ziekenhuizen. De tarieven stonden onder zware druk. De ziekenhuisdirecties wilden zelf een ziekenhuisraad en vergunningstelsel voor oprichting, uitbreiding en exploitatie. Pas in 1965 zou hun pleidooi voor een wet voor ziekenhuisvoorzieningen worden verhoord. Tot die tijd moesten zij het vanaf 1939 doen met de Prijsopdrivings- en Hamsterwet en vrijwillige tariefbeperking, al dan niet in overleg met de ziekenfondsorganisaties.

De ontwikkeling van paramedische zorg als heilgymnastiek en massage werd door het mislukken van ziekenfondswetgeving beperkt. Paramedische gezondheidszorg verkeerde in het interbellum in een cruciale fase van ontwikkeling. De Ongevallenwet stimuleerde paramedische zorg als heilgymnastiek en massage voor revalidatie en reïntegratie, maar de behoefte aan omschrijving en erkenning van de verschillende vormen van paramedische hulp voor de collectieve regelingen van de ziekenfondsverzekeringen werd er nog door vergroot. De verhouding tot de artsen als primaat in het medische circuit moest worden vastgelegd en de beroepsgroepen voelden de noodzaak tot kwaliteitsborging van hun zorg, onder meer door wettelijke opleidingseisen. Opticiëns, heilgymnasten-masseurs en vroedvrouwen wisten, gesteund door individuele artsen en het Staatstoezicht op de gezondheidszorg, vanaf 1930 overheidserkenningsregelingen te realiseren. Door het ontbreken van ziekenfondswetgeving was het nog niet mogelijk om ook als ziekenfondsverstrekking te worden aangemerkt en gehonoreerd te worden. Dit zou in 1941 veranderen door de invoering van het door de Duitse bezettende autoriteiten opgelegde verstrekkingenpakket volgens het Ziekenfondsenbesluit.

De gevolgen van de implementatie van het Talmamodel waren ook voor de relatie tussen de overheid en de bij de ziekenfondsverzekering betrokken partijen ingrijpend. Hoewel voor 1941 geen wettelijke regeling voor de verzekering van

ziekenzorg werd gerealiseerd, bleek het model kaderstellend voor de ontwikkeling van het private ziekenfondsbestel. De NMG had als beroepsorganisatie in 1902 regeling van de ziekenfondsverzekering tot speerpunt van belangenbehartiging gemaakt. De ziekwetplannen van Talma, gecombineerd met strategische overwegingen en politieke druk, dwongen de NMG tot versnelde ontwikkeling van het in 1908 geformuleerde beleid. Het systeem van bindende besluiten, de voorwaarden voor erkenning van ziekenfondsen, de lokale collectieve contracten en de Maatschappijfondsen met hun ideologie ontwikkelden zich vanaf 1915 in flink tempo en vernieuwden het institutioneel kader voor het private ziekenfondsbestel.

Collectieve contracten werden in de steden afgesloten tussen ziekenfondsen, artsen en apothekers. Deze overeenkomsten zorgden voor stabiele aanvaardbare premies, redelijke honoraria voor zorgaanbieders en boden de fondsen voldoende contracteerbare medewerkers en beheersbare exploitaties. Met het afsluiten van de contracten werd het ziekenfondscontractenrecht ontwikkeld als onderdeel van het privaatrechtelijk ziekenfondsrecht en zou na de invoering van het Ziekenfondsenbesluit in 1941 worden aangepast voor de verplichte en vrijwillige verzekeringen.

Dit door de NMG aan de ziekenfondsen gepresenteerde systeem voegde aan de bestaande soorten fondsen als onderlinge arbeidersfondsen, commerciële fondsen, Nutsfondsen, plattelandsdoktersbussen en stedelijke medewerkersfondsen de Maatschappijfondsen als nieuw type toe. Met deze *eigen* fondsen versterkten de NMG en de met haar verbonden apothekersorganisatie NMP hun belangen bij en hun invloed op de ziekenfondsverzekering. De collectieve contracten werden door de meeste andere fondsen uit praktische en commerciële redenen geaccepteerd. Een aantal ideologisch bevrogen onderlinge stedelijke fondsen kozen voor het vanaf 1880 ontwikkelde model voor onderlinge model beheer van gezondheidszorginstellingen. Tussen deze fondsen en de NMG, soms halfhartig gesteund door de NMP, ontwikkelde zich landelijk een gespannen verhouding, gekenmerkt door ideologisch wantrouwen en concurrentie om de verzekerden.

De machtsverhoudingen tussen onderlinge fondsen en artsen werden complexer doordat katholieke en onderlinge fondsen hun belangen gescheiden behartigden. De katholieke fondsen werden gesteund door de bisschoppen en de katholieke vakbeweging. Het NVV sloot met de NMG en de andere onderlinge fondsen wisselende coalities. Het ziekenfondsbestel in het interbellum werd door deze labiele machtsverhoudingen gedomineerd. Op lokaal niveau werkten de partijen samen om het contractstelsel in stand te houden, meestal met succes en soms met onoplosbare ruzies. Op landelijk niveau was in de periode van de Unificatiecommissie en de beginjaren van de Algemeene Raad ter Bevordering van het Ziekenfondswezen overeenstemming mogelijk tussen de gematigde bestuurders van de NMG en de Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen. Na een bestuurlijke wisseling in 1932 verhardden de verhoudingen en spitste de strijd zich toe op de pariteitskwestie en concurrentie om de verzekerde door oprichting van nieuwe onderlinge en Maatschappijfondsen. De

overheid bleek te zwak de machtsverhoudingen te doorbreken en in de rivaliteit te bemiddelen.

Deze labiele machtsverhoudingen en de spanning tussen overheidsfinanciën en gezondheidszorg zouden vanaf 1919 tot 1941 het ontwikkelen van ziekenverzorgings- of ziekenfondswetgeving blijven bepalen. Confessionele en liberale bewindslieden en de politieke meerderheid in de Tweede Kamer kozen voor wettelijke inkadering van het maatschappelijk geaccepteerde bestel, maar zelfs dat werd niet gerealiseerd. De financieringsgrondslag van de ziekenfondsverzekering bleef zwak door de vrijwillige toetreding met beperkte risicospreiding en nominale premiestelling. De verzekering werd beschouwd als volksbelang. Werkgevers mochten voor dit algemeen niet worden belast, alleen voor het arbeidersbelang en premiedruk mocht de economie niet schaden. Inkomensafhankelijke premiestelling door de leidende partijen, de NMG en de onderlinge fondsen, in het private bestel uitgesloten. Zij waren wel bereid tot acceptatie van verzekeringsplicht om het risicodraagvlak voor beheersing van de premielast en een breder verstrekkingenpakket mogelijk te maken.

Over aard en invulling van het verstrekkingenpakket voor de ziekenfondsverzekering bestond consensus. Dit pakket met zware en lichte medische risico's werd in 1919 politiek omschreven door de commissie-Koolen, als wettelijk wenselijk in het ziekenverzorgingswetsontwerp-Aalberse overgenomen en maatschappelijk geaccepteerd door de Unificatiecommissie. Tot in de jaren vijftig werd dit pakket als maatstaf voor goede geneeskundige zorg beschouwd, ook al dekte het Ziekenfondsenbesluit vanaf 1941 vergelijkbare of uitgebreidere zorg.

Dit maatschappelijk en politiek geaccepteerde pakket gezondheidszorg kon bij de tot 1940 voorgestelde wetgeving niet alleen uit de ziekenfondsverzekering worden gefinancierd. Overheidsbijdragen, reallocatie van premie-opbrengsten uit Ziektewet en Invaliditeitswet en aanvullende verzekering waren noodzakelijk. Van 1921 tot 1941 waren rechtstreekse rijksbijdragen aan de ziekenfondsverzekering door de begrotingstekorten en de politieke opvattingen, gefixeerd op bezuinigingen, echter niet aan de orde.

Bewindslieden en politici waren zich er van bewust dat een groot deel van de gezondheidszorg uit de Armenwet werd gefinancierd, met name zware risico's als ziekenhuisverpleging, klinisch-specialistische zorg, sanatoriumverpleging en geestelijke gezondheidszorg. De voorzieningen uit de Armenwet werden gefinancierd door de gemeentelijke kassen en werden door het ministerie van Financiën niet als onderdeel van de Rijksbegroting beschouwd. Door deze combinatie van Armenwet en zorg kan worden gesteld dat een groot deel van de Nederlandse gezondheidszorg tot aan de stelselhervorming door Bijstandswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in de jaren zestig bestond uit een *tax funded National Health System* construct. Door de vervanging van de Armenwet door de Bijstandswet verdween dit *NHS*-construct. Aanvullende financiering door ziekenhuisverplegingsverzekeringen en ziektekostenverzekeringen waren succesvol in aantallen polissen, maar bleken onvoldoende om in de financiering van zware medische risico's te voorzien en de geldstroom uit de Armenwet te vervangen. De AWBZ was ter vervanging dringend nodig.

De landelijke overheid onthield zich door de mislukking van ziekenfondswetgeving tot de invoering van de Prijsopdrivings- en Hamsterwet uit 1939 van bemoeienis met prijsvorming en regulering van de markt van zorg en verzekering. Zorgaanbieders en ziekenfondsen streefden daarom gezamenlijk naar kostenbeheersing en betaalbaarheid van zorg in combinatie met realistische tariefstelling en een zo goed mogelijke toegankelijkheid. Zij gaven daardoor op eigen wijze invulling aan de gevolgen van het Talmamodel.

Een van de redenen voor het in de laatste decennia van de negentiende eeuw ingezette debat over sociale verzekeringswetgeving, gericht op de dekking van risico's wegens ziekte of lichamelijk gebrek, was de behoefte van liberale zijde om een alternatief te bieden voor de confessionele dominantie van de uitvoering van de Armenwet. Het bestel voor de verzekering van deze risico's dat vanaf 1901 vorm kreeg, was een mix van verplichte publieke en vrijwillige private regelingen. De gecompliceerde uitvoeringsorganisatie met publiekrechtelijke en privaatrechtelijke organen en instellingen zoals deze in 1940 was ontstaan, was het resultaat van vele decennia van debat en compromissen tussen liberale, confessionele en sociaal-democratische politici, vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers, al dan niet gestuurd door lobby's en belangenbehartiging door verzekeraars, ziekenfondsen en belangenorganisaties van zorgaanbieders als NMG, NMP en de ziekenhuisbranche. Subsidiariteit was leidraad bij de bouw van deze uitvoeringsorganisatie, waarbij deze subsidiariteit vorm kreeg volgens liberale en confessionele principes.

Het snijvlak van gezondheidszorg en sociale zekerheid werd tot de invoering van het Ziekenfondsenbesluit gevormd door de verzekering van zorg. De Ongevallenwet, het Talmamodel, Aalberses scheiding van wetgeving voor ziekte-wetuitkering en ziekenzorg, de indirecte koppeling tussen ziekengelduitkering en ziekenfondslidmaatschap, financiering van gezondheidszorg uit de Invaliditeits- en Ziekewet, de verschillende typen verzekeringen en het *NHS*-karakter van de Armenwet waren karakteristiek voor het Nederlandse bestel en maakten dit bestel van zorg, verzekering en sociale zekerheid uniek in Europa. Overheid en maatschappelijke partijen beschouwden het niet als volmaakt, maar dit tot 1941 ontwikkelde construct met subsidiaire uitvoering, beperkte marktwerking en complexe financiering verschafte Nederlanders verzekerde toegankelijkheid tot gezondheidszorg.

4 Het Ziekenfondsenbesluit: veranderende verhoudingen en veranderende structuren

Het politieke en maatschappelijke debat naar aanleiding van de behoefte van het afdekken van risico's wegens ziekte of lichamelijk gebrek kreeg in 1941 een impuls doordat de Duitse bezettende autoriteiten met het Ziekenfondsenbesluit de verplichte ziekenfondsverzekering oplegden.

Confrontatie en samenspel tussen Duitse autoriteiten en de ambtelijke top van het ministerie van Sociale Zaken zorgden voor de vorm van het Besluit en

de richtlijnen voor uitwerking. Het Besluit was geen door het parlement goedgekeurde wet, maar kreeg door het wetgevende en kaderstellende karakter en de politieke en maatschappelijke acceptatie wel de status van wet voor de ziekenfondsverzekering en de daarmee samenhangende structurering van de verzekerde zorg.

Het Besluit vormde door de relatie met de Ziektewet de brug tussen sociale verzekering en gezondheidszorg. De verplichte verzekering was een verzekering voor loontrekkenden en behoorde daardoor tot de sociale verzekeringen. Een van de Duitse motieven voor het Besluit waren de *bevölkerungs- und gesundheitspolitischen Forderungen* van de Nederlandse bevolking: de Duitse variant op de rechtsgrond die Aalberse en Talma voor hun invulling van ziekenfonds- en ziekenzorgwetgeving hadden gebruikt. Deze rechtsgrond en de voorschriften voor verstrekkingen maakten het Besluit tot deel van de gezondheidszorg.

Het Ziekenfondsenbesluit bracht bij de verzekering van zorg twee perspectieven in: het Duitse *Krankenversicherungsrecht* met verplichte verzekering en voorgeschreven verstrekkingen met bestendiging van de scheiding van Ziektewet en ziekenfondsverzekering volgens het Talmamodel. De invulling betekende het behoud van de vooroorlogse uitvoeringsorganisatie van de Ziektewet en ziekenfondsverzekering, gevormd door de publiekrechtelijke Raden van Arbeid en de privaatrechtelijke bedrijfsverenigingen en ziekenfondsen. De uitvoeringsorganisatie van de Nederlandse sociale wetgeving, waarvan de basis werd gelegd tijdens de debatten over de Ongevallenwet, bleef tot de privatisering van de sociale zekerheid in de jaren negentig een mix van deze instellingen. De ontwikkeling van de private ziektekostenverzekering kreeg door het Ziekenfondsenbesluit een stimulans.

De verhouding tussen de overheid en het maatschappelijk middenveld kreeg door de verzekering en structuur van zorg opnieuw vorm. De werkgevers en hun organisaties werden als collectief bij de verplichte ziekenfondsverzekering betrokken. Zij vergoedden al een deel van de premie van de Ziektewet. Het labiele machtsevenwicht tussen overheid, ziekenfondsen, vakbeweging, artsen en andere zorgaanbieders werd doorbroken en vervangen door samenwerking. Directeur-generaal van Volksgezondheid Van den Berg gaf in overleg met de secretaris-generaal van Sociale Zaken in 1940-1942 sturing aan de Nederlandse invloed op de ontwikkeling van het Ziekenfondsenbesluit en de invulling van de Uitvoeringsbesluiten. De bij de ziekenfondsverzekering betrokken maatschappelijke partijen stemden, gedwongen door de bijzondere omstandigheden, in met de nieuwe rolverdeling tussen overheid en maatschappelijk middenveld. Hoewel na de oorlog voor de vorm en uit heimwee naar vervlogen tijden nog voorstellen kwamen voor herstel van de vrijwillige verzekering, waren de nieuwe arrangementen voor verzekering en zorg in 1945 maatschappelijk en politiek geaccepteerd en bleken decennialang te functioneren.

Het subsidiariteitskarakter van het vooroorlogse uitvoeringsgebouw van sociale verzekeringen en ziekenfondsverzekering werd door het Ziekenfondsenbesluit bestendigd. De erkende ziekenfondsen bleven privaatrechtelijke instellingen, ook al was hun vorm als rechtspersoonlijkheid soms onduidelijk. De subsidiariteit

van de uitvoering werd in de jaren 1949 en 1968 opnieuw bevestigd. In 1949 werden de toezichts- en beleidsfuncties van de Commissaris en het Staatstoezicht als overheidsinstellingen overgedragen aan de Ziekenfondsraad, samengesteld uit vertegenwoordigers van overheid en maatschappelijk middenveld. In 1968 werd de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten door de overheid aan ziekenfondsen opgedragen, die hiervoor de status van verbindingskantoor kregen.

Het institutioneel en structureel kader van de gezondheidszorg verschoof door de uitvoering van het Ziekenfondsenbesluit van het lokale niveau met collectieve ziekenfondsovereenkomsten en de Armenwetverstreking naar het nationale niveau met wettelijke erkenningsregelingen, landelijke overeenkomsten tussen ziekenfondsorganisaties en landelijk geldend tarief- en capaciteitsbeleid. Voor de verstrekkingen die in het pakket van het Ziekenfondsenbesluit werden opgenomen, of later werden toegevoegd, werden bestaande erkenningsregelingen gecodificeerd of nieuwe regelingen worden getroffen.

5 Preventie, revalidatie en reïntegratie als snijvlak tussen sociale zekerheid, zorg en zorgverzekering

Socialezekerheids- en ziektekostenverzekeringswetgeving waren sinds Talma en Aalberse van elkaar gescheiden. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voorzag in de verzekering van zware medische risico's of onverzekerbare zorg, maar was voor wat betreft de premiestelling en rechtsgrond een sociale verzekeringswet: een volksverzekering, die aansloot op de suggesties van de commissie-Van Rhijn. Vóór de vernieuwing van de sociale verzekeringen en de verzekering van gezondheidszorg door Veldkamp en Roolvink in de jaren zestig werd de Nederlandse wettelijk geregelde sociale verzekering gevormd door de ongevallenwetgeving, de Ouderdoms- en Invaliditeitswetten en de Ziektewet, aangevuld door bepalingen uit arbeidswetgeving en voorziening van zorg door de Armenwet. Het Ziekenfondsenbesluit en de ziektekostenverzekeringen voorzagen in de verzekering van curatieve zorg. De financiering van revalidatie, reïntegratie en preventie vormden een deel van de brug tussen gezondheidszorg en sociale verzekeringen.

Ook na 1945 was de scheiding tussen verzekering van inkomen en zorg niet absoluut. Curatieve zorg, verleend vanwege de verplichte ziekenfondsverzekering moest arbeidsongeschiktheid voorkomen. Preventie, revalidatie en reïntegratie bleven onderdeel van de Ziektewet en waren spil van de Wet op de Arbeidsongeschiktheid, die de Ouderdoms- en Invaliditeitswetten en de Ongevallenwet in 1967 verving. Toch was een van de uitgangspunten bij de invulling van deze vormen van zorg veranderd: het *risque professionnel* van de OW werd vervangen door het *risque social* van de WAO. Terugkeer in het arbeidsproces stond of viel met reïntegratie. Veldkamp herhaalde dit voortdurend bij de ontwikkeling en acceptatie van de WAO. De Gemeenschappelijke Medische Dienst werd ingesteld en binnen en buiten de GMD werden uitvoerige discussies gevoerd over medische

controle en begeleiding, zoals al bij de invoering van de wettelijke ongevallenverzekering in 1901 gebeurde. *Goede medische revalidatie was cruciaal; revalidatie ging voor schatten; werk ging boven uitkering; een uitkering werkte antirevaliderend en tegenover rechten stonden plichten; niet alleen tegenover zichzelf, maar tevens en bovenal tegenover de gemeenschap.*

Revalidatie op zich was niet nieuw, maar het verplichtende karakter van herin-schakeling in het arbeidsproces wel. Bij het bepalen van de rechtsgronden bij medische schatting en controles werd niet meer uitsluitend somatisch, maar naar heel de mens gekeken. Ook de psychische en sociale factoren die van invloed waren op het functioneren van een werknemer werden in ogenschouw genomen. Het hebben van werk werd, evenals in de tijd van de Ongevallenwet, als helende factor beschouwd.

Ketenbenadering van verzuimpreventie en reïntegratie door samenhang van zorg, zorgverzekering en sociale zekerheid werd steeds meer noodzakelijk, maar de wettelijke schotten tussen de dekking van het risico van geneeskundige zorg en ziekengeld volgens het Talmamodel en de gescheiden ziekenverzorgingswetgeving à la Aalberse bleven bestaan. Nederland bleef met deze principes ten opzichte van de Duitse *Krankenversicherung* en de Duitse en Franse mutualiteitsverzekeringen een buitenbeentje.

De Nederlandse *social insurance* en *social health insurance* leken sinds de jaren tachtig door de invoering van marktwerking en concurrentie verder uit elkaar te drijven. De heersende neoliberale opvattingen over de privatisering van sociale zekerheid en de ideologie van de stelselwijziging gezondheidszorg, zoals onder andere verwoord in de Brugnota en de voorstellen van de commissie-Dekker, lieten de ontwikkelingen in sociale zekerheid en verzekering van gezondheidszorg langs gescheiden paden verlopen. Privatisering en stelselwijziging hadden echter dezelfde doelstelling: oplossing van de problemen met kosten en groei van de verzorgingsstaat.

De debatten over de stelselwijziging gezondheidszorg leken zich toe te splitsen op de hervorming van het verzekeringsbestel, met name tot de basisverzekering curatieve zorg. Voor hervorming van de sociale zekerheid werd gegrepen naar instrumenten als reorganisatie van de uitvoeringsorganisatie, terugdringen van het ziekteverzuim, beperken van de instroom in de WAO en nieuwe wetgeving met de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen als vervanger van de WAO als hoogtepunt. De uitdaging was hoe de overheid kon bevorderen dat de privatisering van de sociale zekerheid een positieve uitwerking had op de volksgezondheid en de zorg, zonder dat de toegankelijkheid tot de arbeidsmarkt en de kwaliteit van de gezondheidszorg in gevaar kwamen. Preventie en herstel van arbeidsongeschiktheid kregen opnieuw nadruk, zoals dat in het verleden ook bij de toepassing van Invaliditeitswetgeving, de invoering van de Ziektewet en de WAO het geval was geweest.

De ontschotting van de domeinen der gezondheidszorg en sociale zekerheid kreeg een impuls doordat het in 2002 toegestaan werd dat zorg- en inkomensverzekeraars mochten samenwerken met instellingen voor arbocuratieve zorg en reguliere zorg om verzuimpreventie, verzuimbegeleiding en reïntegratie te ver-

sterken. In de uitvoeringspraktijk kwam het tot convergentie van inkomensverzekering, preventie, curatieve zorg en reïntegratie. Concerns als Achmea, Menzis Zorg en Inkomen, De Amersfoortse en De Goudse boden totaalpakketten of combinaties van diensten en verzekeringen aan werkgevers of collectiviteiten van werkgevers. De traditionele schotten tussen zorg, verzekering van zorg en sociale zekerheid werden doorbroken. De synergie tussen de sectoren van zorg, ziekteverzuimpreventie en arbeidsongeschiktheidsbestrijding nam toe om de schadelast door ziekte en verzuim te beperken.

6 Sturingsmodellen, overheid, maatschappelijk middenveld en de Nederlandse burger

Het Ziekenfondsenbesluit vormde voor het bestel van structuur en financiering een breukvlak. Dit bestel evolueerde vanaf 1941 op twee manieren: op het snijvlak van sociale zekerheid en gezondheidszorg en specifiek binnen het domein van de zorg. Door de handhaving van het Talmamodel bleef de uitvoering van de verzekering van geneeskundige zorg privaat, zowel van de AWBZ als van de ziekenfondsen- en ziektekostenverzekeringen. Ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars kwamen, gingen, fuseerden en werden vanaf 1989 beschouwd als *zorgverzekeraars*. De manier waarop overheid en maatschappelijk middenveld invulling gaven aan de sturing van de structuur en financiering van de gezondheidszorg veranderde. In het sinds 1987 ontwikkelde jargon wordt gesproken over sturingsmodellen als aanbodregulering en vraagsturing. Vanaf 1941 is aan de hand van deze sturingsmodellen de volgende fasering te maken:

1941-1960: het eerste tijdvak van aanbodregulering. De term aanbod is anachronistisch, maar duidt wel aan dat de invloed van de landelijke overheid op de structurering van zorg groeide door de ontwikkeling van het toezicht op de ziekenfondsverzekering en door de controle van tarieven en prijzen van verzekering en zorg volgens de Prijsopdrivings- en Hamsterwet.

1960-1970: de eerste periode waarin zorgaanbieders, ziekenfondsen en verzekeraars als maatschappelijke partijen in overleg met de overheid verantwoordelijk waren voor prijsvorming en capaciteitsbeheersing. De vraag naar zorg en beheersing van kosten waren bepalende factoren voor de uitkomsten van het overleg in het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven en de uitvoering van de Wet Ziekenhuistarieven. De ontwikkeling van de landelijke overeenkomsten voor geneeskundige en paramedische zorg voor de vaststelling van onderlinge relaties, honoraria en voorwaarden en rechten voor beroepsuitoefening, af te sluiten tussen de beroepsgroepen en de ziekenfondsen was een spel van belangenbehartiging, macht, ideologie en economische en sociale speelruimte. De overheid greep hierbij in als de problemen te groot werden en het publiek belang leek te worden geschaad.

1970-1986: de tweede periode van aanbodregulering met structuurfilosofieën, plannings-, capaciteit- en tariefwetgeving. De politieke en maatschappelijke opvattingen over de inrichting van de Nederlandse samenleving, de behoefte tot

beheersing van kosten van zorg en sociale zekerheid en de economische ontwikkelingen waren bepalend voor de manier waarop sturing door de overheid en uitvoering door het maatschappelijk middenveld als ideaal voor de inrichting van het bestel van zorg en verzekering werden gezien.

1986-2007: de tweede periode waarin verzekeraars en zorgaanbieders meer verantwoordelijkheid kregen voor tarieven en capaciteit onder toezichthoudend oog van de overheid. Het internationale, neoliberale marktdenken kreeg met de Zorgverzekeringswet, de hervormingen van de AWBZ en Wet Maatschappelijke Ondersteuning, alsmede nieuwe toezicht-, marktordenings- en tariefwetgeving bij het Nederlandse zorgbestel een eigen invulling.

Het rapport *Bereidheid tot verandering van de commissie-Dekker* uit 1987 markeerde een fundamentele verandering in de verhoudingen tussen de overheid en maatschappelijke partijen, betrokken bij structuur en financiering van zorg. De Nederlandse verzorgingsstaat met zijn sociale verzekeringswetgeving, zorgverzekering en gezondheidszorg was in de voorgaande decennia opgebouwd in samenwerking tussen overheid en maatschappelijk middenveld. Structuren en voorzieningen waren tot stand gekomen in een sfeer van georganiseerd wantrouwen. Een ander kenmerk van de beleidsvorming bij zorg en sociale zekerheid was de sterke vervlechting van advies, overleg en beheer; iets dat voor de oorlog en vooral in het rapport van de commissie-Van Rhijn herhaaldelijk was geconstateerd.

De kritiek op en twijfel aan de vorm van deze beleids-, advies- en beheersstructuur werd groter. De relatie tussen overheid en maatschappelijk middenveld was door vervlechting van de beleids-, advies- en beheersfuncties verward geraakt. De verantwoordelijkheden van de vaak corporatistisch samengestelde bestuurslichamen, koepels, controle-instellingen en adviesorganen werden onduidelijker. De overheid probeerde sturing te geven aan het zorg- en socialezekerheidsbestel, waarbij tot in de eerste helft van de jaren tachtig de nadruk lag op op- en uitbouw van het bestel. Dit veranderde daarna in beheren en beheersen, vooral door beheersing van de collectieve lasten van zorg en sociale zekerheid.

De overheid had op de markt van zorg, zorgverzekering en sociale verzekering toenemende moeite met haar dubbele rol als speler en als regelaar. Zij kreeg steeds meer de verantwoordelijkheid voor de prestaties van de verzorgingsstaat toegeschoven. De andere spelers in het spel op de genoemde markt slaagden er herhaaldelijk in om haar als medespeler te laten opdraaien voor extra kosten of falende resultaten van het bestel. Ondanks de pogingen tot kostenbeheersing moesten vanaf de tweede helft van de jaren tachtig grote extra bedragen worden gestoken in de zorg, met name in de AWBZ.

De overheid had haar moeilijke positie als bestuursverantwoordelijke voor zorg en sociale verzekering ook aan zichzelf te danken. Het ideologisch streven naar *herstel van het primaat van de politiek* en de behoefte aan transparantie bij het beheer van zorg en zekerheid door ontvlechting van de corporatistische advies-, beleids- en beheersstructuur door de Woestijnwet had vanaf 1991 tot effect dat de overheid zichzelf in een managersrol plaatste. Beleid, advisering, toezicht en uitvoering werden gescheiden functies. Beleid voor zorg en sociale verzekering

diende na politieke besluitvorming te worden uitgevoerd door uitvoeringsorganen, beheerd door onafhankelijke deskundigen. Het positieve effect was dat na zestig jaar discussie bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen overheid, zorgaanbieders en verzekeraars van zorg duidelijk werden.

De sfeer van georganiseerd wantrouwen uit vroeger tijden was veranderd. De structuur en de verzekering van zorg mochten niet meer door overheid en maatschappelijk middenveld gezamenlijk worden beheerd. Het corporatistische beheersmodel werd vervangen door een neoliberaal model van marktwerking met gereguleerde concurrentieverhoudingen ofwel, geheel volgens de liberale opvattingen die ook in het begin van de twintigste eeuw zo invloedrijk waren geweest: *aan de markt laten wat de markt kan doen* voor zover wenselijk en mogelijk.

De overheid werd toezichthouder: van minister tot zorgverlener en verzekeraar moest het stelsel worden gestuurd, gecontroleerd en geëvalueerd. Een van de problemen daarbij is de juistheid, duidelijkheid en volledigheid van informatie. De informatiemacht, nodig voor het vervullen van de beheerstaak, blijkt moeilijk te realiseren. De overlegbureaucratie, met als meest sprekende voorbeeld de vergaderwereld van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg uit de periode 1975-1983, is vervangen door een nieuwe bureaucratie van toezicht- en controleorganen.

Het in 1986 door de ziekenfondsen in de Brugnota en door het rapport van de commissie-Dekker voorgestelde maatschappelijk en politiek geaccepteerde instrument voor sturing van zorg en verzekering is de op verschillende manieren en in wisselende interpretaties gebruikte *vraagsturing*. De zorgconsument wordt bij vraagsturing als partij met aanzienlijke macht op de markt van zorg en zekerheid centraal gesteld. De Nederlandse burger treedt op die markt op als verzekerde, als consument en patiënt. Hij wordt in staat geacht om in een transparant systeem keuzes te doen. Informatie, verstrekt door overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders en bescherming door het toezichtinstrumentarium van de overheid moeten hem in staat stellen om die keuzes te maken.

Maar is de verzekerde daartoe in de noodzakelijk geachte mate in staat? Sluiten theorie en praktijk, werkelijkheid en construct van zorg, zorgverzekering en sociale zekerheid op elkaar aan? Het Nederlandse bestel van zorg, zorgverzekering en sociale zekerheid is sinds 1880 gevormd vanuit diverse visies. Het liberalisme uit de periode 1880-1900 stond voor *self help*, autonomie van maatschappelijke instellingen en de emancipatie van het individu. Talma ging uit van soevereiniteit in eigen kring, subsidiariteit en corporatistisch beheer. Sociaal-democraten kozen voor zorg voor het individu door de staat. Lely, Kuyper, Talma, Aalberse, Veldkamp, Hendriks, Simons, Borst-Eilers, Bomhoff, Hoogervorst en Klink gaven en gaven als ministers en staatssecretarissen, betrokken bij Volksgezondheid, ieder op eigen wijze vorm aan het bestel van zorg, verzekering en sociale zekerheid, waarbij de verzekerde werd geacht die keuzes te accepteren. Of en in welke mate die verzekerde in het verleden invloed op die keuzes kon uitoefenen is nog onderwerp van onderzoek.

7 Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg; slot

De centrale vraag voor dit boek luidde:

Hoe ontwikkelde zich het politieke en maatschappelijke debat naar aanleiding van de behoefte tot het afdekken van risico's wegens ziekte of lichamelijk gebrek en hoe kregen de uitkomsten van dit debat vorm in wet- en regelgeving in de periode 1880-2006?

De auteurs van dit boek hebben met veel genoegen getracht op eigen wijze antwoord te geven op deze vraag. Het Nederlandse bestel van zorg, zorgverzekering en sociale verzekeringswetgeving is uniek in Europa. Het bijzondere concept van het Talmamodel werkt tot op de dag van vandaag door als leidraad bij scheiding én convergentie van de drie genoemde domeinen, of zo u wilt, sectoren of thema's. Het model gaf mede vorm aan de organisatie van de uitvoering van zorgverzekering en sociale verzekering, in samenhang met politieke en maatschappelijke visies op staat en maatschappelijk middenveld, de uitkomst van debatten over de mate van publiek- en privaatrechtelijke vorm van uitvoering van zorg en verzekering, machtsverhoudingen tussen overheid, zorgaanbieders, verzekeraars, werkgevers en werknemers en de persoonlijke visies van bewindslieden, ambtenaren en bestuurders op samenhang en vorm van de drie sectoren.

Door de geschiedenis van het Talmamodel te schetsen wordt de samenhang tussen debat, wetgeving en het effect van het verzekeren van risico's wegens ziekte en lichamelijk gebrek duidelijk. De wettelijke verzekering van het ongeval- en lenrisico, de verzekering van curatieve zorg door ziekenfonds- en ziektekostenverzekeraars, de financiering en verzekering van zware medische risico's door Invaliditeits- en Ouderdomswetten en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, vormden en vormen de samenhang tussen sociale verzekering en gezondheidszorg. Preventie, revalidatie en reïntegratie bij arbeidsongeschiktheid vullen het snijvlak tussen gezondheidszorg en sociale verzekering.

Tussen volksverzekering en vrije markt? Tussen AWBZ en private ziektekostenverzekering? De geschiedenis van verzekering, zorg en sociale zekerheid is een rijke geschiedenis. Hopelijk roept dit boek meer vragen op dan het beantwoordt.

