

EEN EEUW SPECIALISTENTARIEVEN

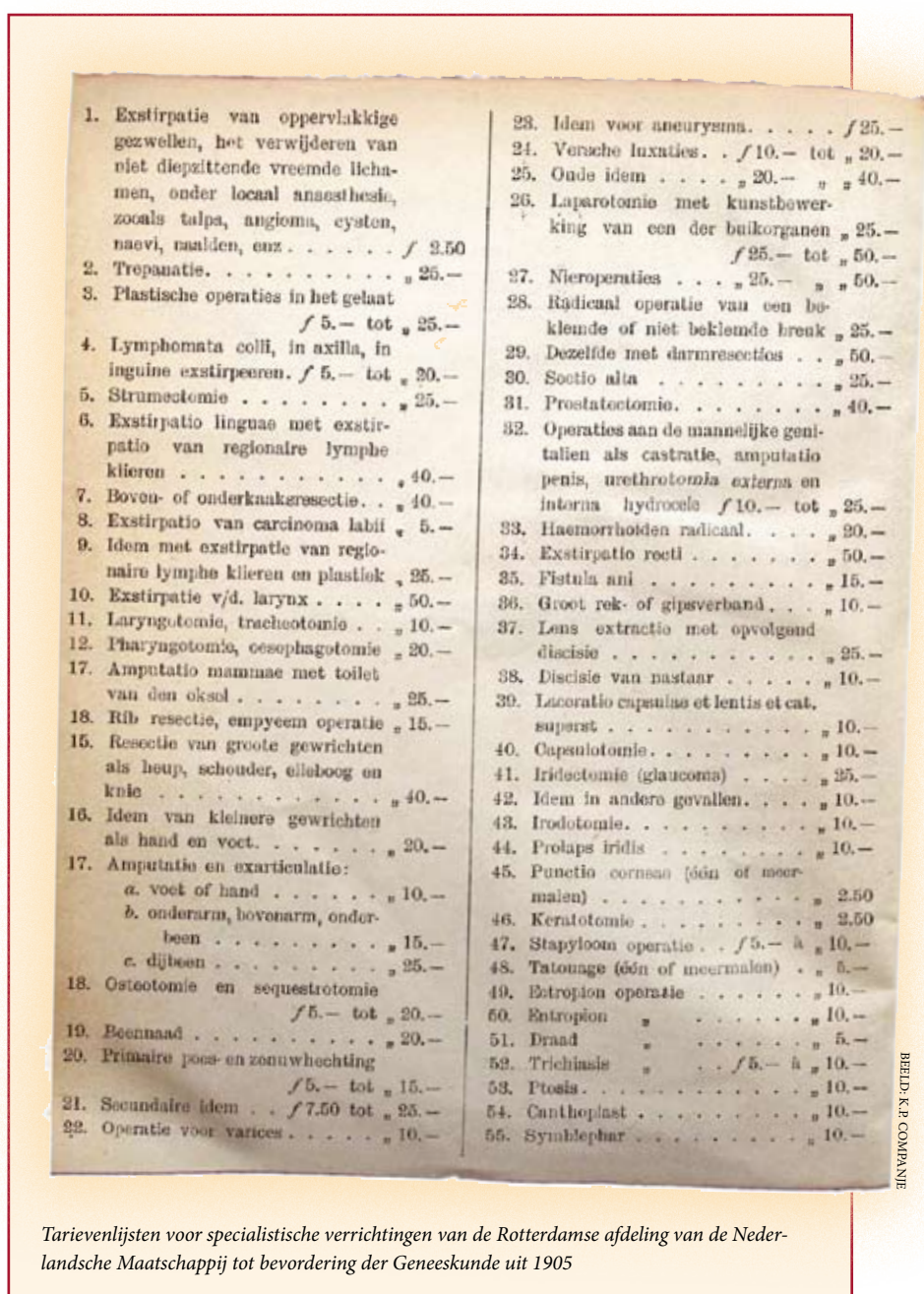
De invoering van de DBC-systematiek in 2005 leidde tot flink wat beroering. Maar het is niet de eerste keer dat de honoreringswijze van medisch specialisten wijzigt. Een terugblik op honderd jaar tariefgeschiedenis: van armenzorg, polikliniekmaandkaart en volksverzekering.

K.P. COMPANJE

Artsen die zich begin twintigste eeuw inzetten voor de ontwikkeling van de specialistische geneeskunde, moesten niet alleen strijd leveren voor de erkenning van hun specialismen, maar ook met de huisartsen ('algemeen artsen') concurreren om een bescheiden inkomen. Een honorarium uit de ziekenfondspraktijk had daarbij twee voordelen: erkenning en een regelmatig inkomen. Namen grote ziekenfondsen als het Algemeen Ziekenfonds Amsterdam, het Algemeen Ziekenfonds Rotterdam en De Volharding (Den Haag) oog- en oorheelkunde, chirurgische en interne geneeskunde op in hun pakket, dan zouden andere fondsen volgen. Maatschappelijke erkenning was dan een feit.

ARMENZORG

Het uitoefenen van een erkend specialistisch beroep betekende zeker geen loon naar werken, maar was eerder liefdeswerk oud papier. Illustratief is de wijze waarop specialistische hulp eind negentiende eeuw in de stad Utrecht werd gehonoreerd. In 1865 begon hoogleraar oogheelkunde H. Snellen daar de 'Kliniek tot Herkenning en Genezing van Huidziekten, Kinderziekten, Oorzakten en Tandziekten', kortweg de Kliniek. De geneesheren voorzagen de Utrechtse on- en minvermogenden van poliklinische specialistische hulp en gratis medicijnen. Van financiering door armenzorg of ziekenfondsen was echter nog geen sprake. Pas in 1885 kreeg de Kliniek enige subsidie van de kerkelijke armbesturen. In 1894 volgde het Utrechtse stadsbestuur met een beperkte bijdrage. De plaatselijke ziekenfondsen toonden zich in 1909



BEELD: K.P. COMPANJE

Tarievenlijsten voor specialistische verrichtingen van de Rotterdamse afdeling van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde uit 1905

26

| | | | |
|--|--------------|--|-------|
| 63. Tarsorrhaphie | f 10.- | 75. Extractie van gehoortjes | f 5.- |
| 67. Tumoren (per oper. of per radium.) | f 5.- à 15.- | 76. Mastoid operatie | 20.- |
| 68. Belangrijke operaties a/d. bulbos | 10.- | 77. Bottinische operatie | 25.- |
| 69. Pterygium | 10.- | 78. Aanleggen blaasfistel | 20.- |
| 60. Sclerotomia post. | 10.- | 79. Endo vesicale operaties | 25.- |
| 61. Enucleatio bulbi | 25.- | 80. Cystoscopie | 5.- |
| 62. Excochleatio bulbi | 25.- | 81. Inbrengen van een diviseur vesical | 5.- |
| 63. Voorlegging van pees | 15.- | 82. Ureteren sondeering | 10.- |
| 64. Tenotomie | 10.- | 83. Nierbekken spoeling | 5.- |
| 65. Resectio n. opt. | 10.- | 84. Incideeren prostaat abces | 10.- |
| 66. Exstirpatio soci lacrym. | 10.- | 85. Inbrengen van bougies of catheters in urethra en blaas | |
| 67. Gynaecologische plastische operaties, fistel-operaties, kolpotomie | 10.- | a. Zonder inspuiten of uitspoelen der blaas | 1.- |
| 68. Curettement | 5.- | b. Met inspuiten of uitspoelen der blaas | 2.- |
| 69. Kunstverlossingen | 10.- | 86. Meatotomie | 2.50 |
| 70. Tonsil en adenoid amputatie | 2.50 | 87. Wegnemen van condylomata acum en urethra polypes | 2.50 |
| 71. Partieele of totale neus concha resectie | 2.50 | 88. Incideeren urethra abcesjes | 2.- |
| 72. Partieele neus septum resectie | 2.50 | 89. Phimosis operaties | 5.- |
| 73. Galvanocautische behandeling der conchas nasi | 2.50 | 90. Scarificaties | 2.- |
| 74. Tropanatie van het antr. Highmori | 5.- | 91. Uitkrabben en cauterisatie bij huidziekten | 2.50 |

ten Vereniging (LSV) en ziekenfondsorganisaties vervolgens de eerste landelijke honorariumregeling tot stand. Door een gunstig tariefstelsel, vastgelegd in het eerste landelijke tariefboekje voor specialistische verrichtingen, kregen de specialisten nu loon naar werken.

DBC'S

Ook de afgelopen decennia kende de geschiedenis van specialistentarieven roerige momenten. In de jaren vijftig was er strijd met de ziekenfondsen over degressieve tarieven, van 1988-1989 speelde het LSV-conflict, tot voor kort was er de lumpsumfinanciering en dan nu de DBC-systematiek. Het moet nog blijken

JAARINKOMEN IN 1905

Medici

| | |
|--|-----------------|
| - chirurg | > f 10.000 |
| - gevestigd specialist | f 5000 - f 8000 |
| - huisarts met ziekenfonds- en particuliere praktijk | f 3000 - f 6000 |

Haagse Gemeentewerken

| | |
|------------------------------|--------|
| - directeur | f 6000 |
| - hoofdopzichter | f 2500 |
| - eerste klerk | f 1300 |
| - portier | f 900 |
| - metselaars en timmerlieden | f 800 |

bereid om specialistische zorg van de Kliniek te honoreren.

HUISBEZOEKMAANDKAART

In 1905 presenteerde de antirevolutionaire minister-president Abraham Kuyper het eerste voorstel voor een verplichte volksverzekering in de Nederlandse geschiedenis. Klinisch-specialistische zorg was in dit wetsvoorstel een van de weinige vormen van medische zorg die met name werd genoemd. Hiermee leek de erkenning en honorering van specialistische zorg betere kansen te krijgen.

Hetzelfde jaar presenteerde de Rotterdamse afdeling van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst op aandringen van medisch specialisten een voorstel voor de hono-

Pas in 1941 kreeg specialistische zorg volledige erkenning

rering met een tarief van f 1,- voor een polikliniekmaandkaart en f 2,50 voor een huisbezoekmaandkaart. Operaties en langdurige onderzoeken moesten volgens een tarieflijst worden gehonoreerd. De Rotterdamse specialisten hanteerden deze tarieven ook voor de

behandeling van ziekenfondsverzekerden. Hierdoor waren zij veel beter af dan hun Utrechtse collega's.

ZIEKENFONDSENBSLUIT

Ondanks deze ontwikkelingen bleef een positieverbetering voornamelijk een illusie voor de medisch specialisten. Een tweede kabinet-Kuyper kwam er niet. Het wetsvoorstel voor een verplichte volksverzekering belandde zodoende als eerste onder in de grote la van niet-gerealiseerde zorgverzekeringswetgeving. Pas in 1941, met de komst van het Ziekenfondsenbesluit, kreeg de specialistische zorg volledige erkenning. In dat jaar werd de verstrekking ervan opgenomen in de verplichte verzekering. Daarmee kregen ziekenfondsverzekerden voor het eerst recht op (poli)klinische specialistische zorg. Op 1 juli 1949 kwam met de overeenkomst tussen de Landelijke Specialis-

of die de kostenbesparende zegeningen zal brengen die overheid en zorgverzekeraars ervan verwachten. Maar terugkijkend op honderd jaar tariefgeschiedenis is het vermoeden niet ongegrond dat ook de DBC-problematiek wel van voorbijgaande aard zal zijn. Wat dat betreft is er niets nieuws onder de zon: ook in het verleden stond de specialistische zorg er niet altijd even rooskleurig voor. ■

dr. K.P. Compagne,

Kenniscentrum Historie Zorgverzekeraars, VUmc, afdeling Metamedica

Correspondentieadres: hiz@planet.nl



Het Kenniscentrum Historie Zorgverzekeraars vindt u via onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek.