

Over artsen en verzekeraars

Een historische studie naar de factoren, die de relatie ziekenfondsen-artsen
vanaf 1827 op landelijk en regionaal niveau hebben beïnvloed

About doctors and insurers

A historical research to the elements, which influenced the relationship
between sickness funds and doctors from 1827 on the national and the regional level
(with a summary in English)

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor

aan de Universiteit Utrecht

op gezag van de Rector Magnificus, Prof.dr. H.O. Voorma

ingevolge het besluit van het College van Decanen

in het openbaar te verdedigen

op dinsdag 14 oktober 1997 des middags om 14.30 uur

door Karel-Peter Companje

geboren op 23 oktober 1955 te Schiedam

Promotor: Prof.dr. A.J.P. Schrijvers

Faculteit Geneeskunde

ISBN: 90-393-1612-0

Grafische verzorging: Van Tricht uitgeverij

Dit proefschrift werd mede mogelijk gemaakt met financiële steun van ANOVA-Verzekeringen te Amersfoort

Voorwoord

In maart 1995 kreeg ik van de Raad van Bestuur van ANOVA-Verzekeringen te Amersfoort het verzoek een publicatie voor te bereiden ter gelegenheid van de opening van het nieuwe hoofdkantoor in 1997. Dit verzoek werd gedaan naar aanleiding van mijn publicatie uit 1994 over het Utrechtse ziekenfonds Ziekenzorg, een van de rechtsvoorgangers van ANOVA.

Ik wilde een boek schrijven over de wording van ANOVA met als thema: de ontwikkeling van de verhoudingen tussen de ziekenfondsen en de zorgaanbieders in het werkgebied en de invloed van deze relatie op de ontwikkeling van het ziekenfondswezen en de gezondheidszorg in de steden Utrecht, Amersfoort, Zeist en de omringende gebieden van 1827 tot en met 1996. Dit uitgangspunt heb ik na rijp beraad met prof. dr. A.J.P. Schrijvers, mijn promotor, en dr. L.A. van der Valk, medelezer, aangepast tot het resultaat dat nu voor u ligt.

Het bronnenonderzoek is gebaseerd op materiaal uit de archieven van ANOVA, de archieven van de KNMG en de KNMP, het archief van de Utrechtse NMG-afdeling, het Stadsarchief Utrecht, het archief van het College van Curatoren van de Rijksuniversiteit Utrecht en de archieven van de Stichting Historie Ziekenfondswezen.

Ik heb van veel mensen steun en hulp gehad voor het werk aan dit project. Mijn dank voor de geleverde hulp aan alle collega-archief- en documentatie-medewerkers van ANOVA, het Algemeen Rijksarchief, het Rijksarchief in Utrecht en de gemeentearchieven van Utrecht, Zeist en Amersfoort.

Ik dank in het bijzonder drs. L.B. Vreeken, vice-voorzitter van de Raad van Bestuur van ANOVA, voor het feit dat hij mij de tijd, de mogelijkheid en de middelen verschafte om het onderzoek te doen, het werk te schrijven en mij in staat stelde op de studie te promoveren. Ik bedank prof.dr. A.J.P. Schrijvers en dr. L.A. van der Valk voor hun begeleiding, koffie en gesprekken. Verder betuig ik mijn erkentelijkheid aan prof. dr. R.A. de Melker, prof. drs. J. van Londen, prof. dr. M.J. van Lieburg, prof. dr. K.F.E. Veraghtert, dr. G.T. Haneveld, mr. N. de Graaff, drs. H.J.T. Vermeulen, L. Tigchelaar, G.J. Meijerhoff en W.D.N. Snooy voor alle lees- en meedenkwerk, kritiek en verstrekte informatie. Bijzonder treurig was het overlijden van de heer J. van de Bunt, Amersfoorts ziekenfondsprominent, kort nadat ik hem in mei 1995 had gesproken. De heer Van de Bunt was sinds 1920 betrokken bij de ontwikkeling van het Amersfoorts en van het landelijk ziekenfondswezen.

Twee mensen wil ik speciaal noemen: drs. R.T.S.M. Teeuwen, uitvoerend secretaris van de Stichting Historie Ziekenfondswezen, en mijn vrouw Hanneke van der Velden. Rob, zonder jouw inbreng van je grote deskundigheid en ervaring op het gebied van de ziekenfondsverzekering, je praktische ondersteuning en de lange discussies tijdens onze telefoongesprekken en in Zeist had ik dit boek nooit zo kunnen schrijven. Hanneke, jij bedankt voor de ruimte en de steun die je me gaf om deze heksentoer te voltooien.

Schiedam, juni 1997.

Inhoud

Voorwoord

Inleiding

Aanleiding voor het onderzoek

Vraagstelling en methode

Begrippen: relaties, factoren, schaalvergroting en verzakelijking

Indeling van dit boek

Deel I: De partijen worden gevormd

Het landelijk niveau

1.1 Achtergrond: de ontwikkeling van de samenleving tot 1908

Economische ontwikkelingen

Politieke hervormingen en beginnende verzuijing

De sociale verhoudingen en sociale wetgeving, 1814-1914

De sociale gevolgen van de negentiende eeuwse ontwikkelingen

1.2 De verzekering van de geneeskundige zorg

De consument en zijn financiële mogelijkheden

De verzekering van de zorg; het aanbod

De zieken- en begrafenisbussen en de overheid

De zieken- en begrafenisbussen; organisatie en kwaliteiten

De minvermogende als marktpartij

Professionalisering en collectivisering: medici in de negentiende eeuw

Artsen en fondsen: haat-liefde

1.3 De NMG en de ziekenfondsen

De NMG en haar standpunt tegenover de ziekenfondsen tot 1890

Toenemende maatschappelijke betrokkenheid bij de NMG

De NMG en de ontwikkeling van de ziekenfondskwestie

De reacties op de ziekteverzekeringswet Kuyper

Ziekengeld en geneeskundige hulp: de ont koppeling

1.4 Artsen, apothekers en ziekenfondsen; het ziekenfondsenrapport

Ziekenfondsen en hun bestuur

Belangenverstrengeling bij de ondernemersfondsen

Filantropie of zakelijkheid

De praktijk van de vrije artsenkeuze

De honoraria in de praktijk

Spreekuren en wachtkamers

Geneesmiddelen en prescriptiegedrag

Specialisten

Minvermogenden en de verplichte ziektekostenverzekering

1.5 Conclusies

De factoren, die de relatie hebben beïnvloed

De fundamentele van de NMG-ziekenfondsideologie

Artsen, verzekerden en fondsen; een wankel evenwicht

Het regionaal niveau

1.6 Ziekenfondsen, artsen en apothekers in Zeist en Amersfoort

Het Onderlinge Ziekenfonds te Zeist

Het Nut en het Amersfoortsch Ziekenfonds

Het Amersfoorts ziekenfondsschisma

1.7 Bevolking, economie en geneeskundige zorg in het negentiende eeuwse Utrecht

Bevolking en economie

De volksgezondheid

De geneeskundige verzorging in Utrecht na 1850; de geneeskundige armenzorg

De geneeskundige verzorging in Utrecht na 1850; universiteit en specialisatie

1.8 Artsenvereniging op lokaal niveau; de Utrechtse Geneeskundige Kring

Wetenschap, beroepsbelang en gezelligheid

Gedraglijnen en maatschappelijke belangen

De Kring en de Utrechtse geneeskundige armenzorg

De Kring en de ziekenfondsen tot 1897

1.9 De Utrechtse ziekenfondsen, 1827-1897

De Societeit Voorzorg

Zieken- en begrafenisfonds 'Let op uw Einde'

Het Ziekenfonds onder bescherming van de H. Leduina

Wijkbelang

1.10 De Vereeniging van Doktoren en Apothekers te Utrecht

Artsen en apothekers der Voorzorg: verenigt u!

De Voorzorg en Hulp bij Ziekte?

Een kleine depressie

De vaststelling van de honoraria

De Vereeniging en de Kring

1.11 Ziekenfondsen en medewerkers, 1899-1908

Ziekenzorg en de Vereeniging

De afdeling Utrecht en de ziekenfondsen, 1902-1908

De ziekenfondsstrijd te Westbroek en Achttienhoven

1.12 Conclusies

Ziekenfondsen, artsen en apothekers in Midden-Nederland tot 1908

Deel II: De partijen; overleg en polarisatie

Het landelijk niveau

2.1 Achtergrond: de ontwikkeling van de Nederlandse samenleving, 1900-1940

Bloei, oorlog en economische bedrijvigheid

Politiek en maatschappij

Inkomens, inkomensverschillen en sociale mobiliteit

Sociale zekerheid: een lappendeken met gaatjes

2.2 Actie en reactie: overheid en artsen over een wettelijke ziekenfondsregeling

Directe overheidsbemoeienis en gezondheidszorg; gerealiseerde gezondheidszorg- en ziekteverzekeringswetgeving voor 1940

De NMG; een corporatie in een verzuilde samenleving

De artsen en de ziekteverzekeringswetgeving van Talma

Het eerste ziekenfondssorgaan van de NMG

1911-1912: het eerste algemeen bindend besluit inzake de ziekenfondsen: actie, harde actie!

1913-1914: de Bredase besluiten

2.3 Reactie en actie: de ziekenfondsen en uitwerking van de NMG-besluiten

Het voortouw van Ziekenzorg: de Landelijke Federatie

Federatie contra Maatschappij: de sociaal-democratische artsen bij de ziekenfondsen

Klassenstrijd of christelijke verhoudingen

De praktische uitwerking van de bindende besluiten in 1914: de leidraad

De gevolgen van de leidraad

2.4 Samenwerking en beroepsdifferentiatie bij de artsen en de apothekers

Een huwelijksaanzoek; de eerste samenwerking van de NMP en de NMG

Een huwelijksaanzoek mislukt

Artsen en apothekers: geen huwelijk maar een LAT-relatie

De bestuurlijke geschillen bij de NMG

De specialisten- en huisartsenkwestie en de ziekenfondsbelangen

Ziekenfondsbelangen, specialisten, huisartsen en de eenheid binnen de NMG

Niet-NMG-leden, ziekenfondscontracten en opnieuw de specialisten- en huisartsenkwestie

2.5 Consumenten, verstrekkingenpakketten, ziekenfondsen en koepelorganisaties, 1915-1930

De consument onder of boven de welstandsgrens

Wetsontwerpen, verstrekkingenpakketten en ziekenhuisverpleging

*Groeiende samenwerking tussen arbeidersorganisaties, artsen, apothekers en de Federatie
Het Unificatierapport*

Het Unificatierapport: verstrekkingenpakket en contributieberekening

Waarom geen geünificeerd ziekenfondsbestel?

Toenemende invloed van de verzuiling: de rooms-katholieke zuil en de NMG

2.6 Polarisatie in het ziekenfondswezen: artsen, vakbonden, ziekenfondsen, overheid en pariteit, 1930-1940

De ontwikkeling van de Maatschappijfondsen

*Samenwerking tussen artsen en verzekerden: de eerste plannen voor een federatie van
Maatschappijfondsen*

De Maatschappijfondsen en hun belang

Groepsvorming bij de onderling beheerde ziekenfondsen: neutraal en verzuild

De polarisatie: vakbonden, onderling beheerde fondsen en de NMG in conflict

Overheid, ziekenfondsen, de NMG en de vakbonden over de pariteit

De zwakte van de Landelijke Federatie

Pogingen tot samenwerking: de Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen

Polarisatie en het beperkte succes van de CCZ

Het wetsontwerp-Slingenberg, de Federatie en het NVV

De versterking van het onderling beheerd ziekenfondswezen: van Federatie naar CBZ

Ziekenfondsen, vakbonden, artsen en apothekers tot 1940; een evaluatie

2.7 Conclusies

Fasering in de relatie

De beïnvloedende factoren

Het landelijk ziekenfondsbestel 1908-1940

Het regionaal niveau

2.8 Amersfoortse artsen, verzekerden, hun Maatschappijfonds en de regio

Artsenhonoraria, verzekerden en de Eerste Wereldoorlog

Specialistenrumoer in Amersfoort

Het Amersfoorts ziekenfondsschisma geheeld

*Door tandartsperikelen, specialistenproblemen en ziekenhuisverpleging tot
Maatschappijfonds*

Het Maatschappijfonds Amersfoort en de ziekenhuisverplegingsverzekering

De Amersfoortse regeling van de tandheelkundige verzorging

Regiovorming tot het Maatschappijfonds Amersfoort en Omstreken

Het Maatschappijfonds Amersfoort en Omstreken

2.9 Artsen en ziekenfondsen buiten Utrecht; over medewerkersfondsen, Maatschappijfondsen en diocesane fondsen

Modernisering bij het Zeister Ziekenfonds, 1917-1919

Het Zeister Ziekenfonds als Algemeen Afdelingsfonds?

*Honorarium en sociale rechtvaardigheid: de Zeister huisartsen in discussie met de
verzekerden over hun verzekering*

Kostenbeheersing en het geneesmiddelenbesluit

Het Zeister Ziekenfonds na 1931: personeelwisselingen en steunregelingen

*Concurrentie voor het Zeister Ziekenfonds: de Omstreken van Utrecht en het Centraal
Ziekenfonds*

De afdeling Utrecht en de regio: de Omstreken van Utrecht

De OvU: verzekerden en huisartsen over welstandsgrenzen en premies

Het verstrekkingenpakket bij de OvU tot 1937: de prijs voor tandheelkundige zorg

Het Zeister Ziekenfonds en de OvU in 1935: fusiedruk en specialistenoverleg

Specialistenzorg en tandartstarieven bij de OvU in 1939

De relatie artsen-ziekenfondsen in de regio Utrecht

2.10 De afdeling Utrecht en het ziekenfondsbeleid van de NMG, 1908-1918

De Afdeling Utrecht en de ziekenfondsen na 1908

Lauwe reacties op de Haagse besluiten

Voor Utrecht nog geen Maatschappijfonds

De acceptatie van de leidraad en de samenwerking met de NMP

- De verhoudingen tussen de huisartsen en specialisten*
- De specialistenemancipatie*
- 2.11 De eerste Utrechtse collectieve ziekenfondsovereenkomst
 - De algemeen artsen van de Vereeniging en hun erkenning van specialistische zorg*
 - De Vereeniging als vakbond voor de Utrechtse artsen en apothekers*
 - De Vereeniging, Hulp bij Ziekte en de Voorzorg: artsen, apothekers en beleid*
 - De onderling beheerde fondsen Liduina en Ziekenzorg*
 - Het Ziekenzorgbestuur en zijn artsen: betaling op abonnement of per verrichting?*
 - Het begin van de Eerste Wereldoorlog en de Ziekenfondsencommissie*
 - Onderhandelingen van Ziekenzorg met de artsen en de apothekers over samenwerking*
 - De contractonderhandelingen: over vrije artsenkeuze, premiehoogte en honoraria*
 - De contractonderhandelingen: niet-NMG-leden en eventuele Maatschappijfondsen*
 - De contractonderhandelingen: Liduina en de NMG*
 - De contractonderhandelingen: CO, CV en de Utrechtse specialisten*
 - De overeenkomst en haar betekenis*
- 2.12 Het Utrechtse ziekenfondsbestel onder de overeenkomst van 1917
 - Fusies en overnames*
 - De beer is los: de eerste honorarium- en contributie-eisen, 1919*
 - Het eerste honorariumgeschil beslecht*
 - De tweede honorariumkwestie, 1920-1922*
 - De Vereeniging, VHZ en Ziekenzorg; ruzie of fusie?*
 - Vereeniging, VHZ en Ziekenzorg; geen ruzie en geen fusie*
 - De onderhandelingen voor de tweede Utrechtse ziekenfondsovereenkomst*
 - De onderhandelingen voor de tweede Utrechtse ziekenfondsovereenkomst: CvT en specialistische hulp*
 - Het functioneren van de eerste ziekenfondsovereenkomst: de evaluatie*
- 2.13 De bloeitijd van het contractstelsel in Utrecht, 1925-1933
 - De overeenkomst tot regeling van het ziekenfondswezen te Utrecht; de definities*
 - De huisartsen- en specialistenpraktijk*
 - De apothekerspraktijk*
 - De Commissie van Toezicht en de ziekenfondsadministratie*
 - CvT, ziekenfondsen, medewerkers en verzekerden*
 - Tijdelijke onrust: de contractherziening van 1928 en honorariumeisen*
 - Verstrekkings, verzekerden en praktijken, 1925-1933*
 - Het broze marktevenwicht, 1925-1933*
- 2.14 De ziekenfondsen en artsen in Utrecht; meningen, misverstanden en crises, 1933-1940
 - De Utrechtse ziekenfondsen en de crisis*
 - Landelijke invloed op lokale spanningen: VHZ wordt Maatschappijfonds*
 - De Utrechtse ziekenfondscrisis; de gebeurtenissen in 1933*
 - De ziekenfondscrisis op het hoogtepunt: de artsen versus Ziekenzorg*
 - De artsen en de NMG als verliezers*
 - Het Utrechtse ziekenfondsbestel na de crisis, 1934-1941*
 - De verzekering van klinische specialistische hulp en ziekenhuisverpleging*
 - De specialisten, de ziekenfondsen en het VHZ-ziekenhuisverplegingsfonds*
 - De ziekenfondsen na 1933*
 - Onderling beheerd met eigen instellingen of contractstelsel?*
 - De Utrechtse artsen en ziekenfondsen 1933-1940; een evaluatie*
- 2.15 Conclusies
 - Het ziekenfondswezen in Midden-Nederland tot 1940; kenmerken*
 - De beïnvloedende factoren*
 - De relatie artsen-ziekenfondsen en het ziekenfondsbestel in Midden-Nederland tot 1940*

Deel III: De partijen; schaalvergroting en verzakelijking

Het landelijk niveau

- 3.1 Achtergrond: de Nederlandse samenleving sinds 1940
 - Economische ontwikkelingen en de rol van de overheid*

- Verzuiling en ontzuiling*
Tussen overheid en vrije markt; het maatschappelijk middenveld
Sociale wetgeving en ontzuiling
Sociale zekerheid, economische veranderingen en veranderende visies
De welvaartsstaat in evenwicht en verandering
- 3.2 De bezetting: artsenverzet, het Ziekenfondsenbesluit en concentratiegedachten
Na de meidagen van 1940: het einde van de polarisatie
De Stichting Vereenigde Maatschappijfondsen; een korte flikkering met gevolgen
Het Ziekenfondsenbesluit; een draconisch einde van een slepende strijd
Het Ziekenfondsenbesluit: de principes
Het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten; de verstrekkingen
Het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten; de invoering bij de ziekenfondsen
Het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten; de invoering van het incassosysteem
De bezettingstijd, 1942-1945
De bezetting, het Ziekenfondsenbesluit en de relatie artsen-fondsen; een evaluatie
- 3.3 De verzekering van de gezondheidszorg en de relatie artsen-ziekenfondsen na 1945
Ziekenfondsenbesluit, Ziekenfondswet en de relatie ziekenfondsen-zorgaanbieders
De ziekenfondsverzekering; de ontwikkeling van het toezicht na 1945
De ziekenfondsverzekering; de verplichte, de bejaarden- en de vrijwillige verzekering
De vrijwillige verzekering; een loodzware erfenis uit het verleden
Verzekering door Ziekenfondswet en AWBZ; volledige toegankelijkheid tot gezondheidszorg
Verzekering door Ziekenfondswet en AWBZ; de gevolgen voor de gezondheidszorg en de fondsen
Ziekenfonds of particulier; bovenbouwen en verzekeringsmaatschappijen
Ziekenfonds of ziektekostenverzekering; solidariteit of equivalentie?
Artsen, ziekenfondsen, overheid en de ziekenfondsverzekering; een evaluatie
- 3.4 Artsen, ziekenfondsen, overheid en beleidsvorming in de gezondheidszorg na 1945
Koepelvorming bij de Maatschappijfondsen: de oprichting van de Federatie V.M.Z.
Slagvaardigheid bij de artsen; de emancipatie van de beroepsgroepen en de losmaking van de Maatschappijfondsen
Het COZ; centralisatie en samenwerking bij de ziekenfondsorganisaties
Van COZ naar GOZ en VNZ; over concentratie, administratie en collectivisatie
Overheidsbeleid en gezondheidszorg sinds 1974; regionalisatie- en concentratiegedachten
Kostenbeheersing door het maatschappelijk middenveld of door de overheid?
De Grote Stelselherziening; Dekker en weer terug?
Marktwerking, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, 1987-1996; succes of een dode mus?
Artsen, ziekenfondsen, overheid en het beleid in de gezondheidszorg na 1945; een evaluatie
- 3.5 Het overeenkomstenstelsel en de relatie artsen-ziekenfondsen
Het overeenkomstenstelsel na 1945
De eerste huisartsenovereenkomst
De eerste specialistenovereenkomst: eindelijk een rechtvaardig tariefstelsel?
De ontwikkeling van de specialistische tarieven, 1955-1977
Ziekenfondsen, specialistentarieven en groeiende overheidsinvloed
Oplopende spanningen; het LSV-conflict en de nasleep, 1988-1996
Specialisten en ziekenfondsen na 1945; een evaluatie
De relatie ziekenfondsen-huisartsen vastgelegd; de modelovereenkomst van 1955
Huisartsen en ziekenfondsen opnieuw in conflict over tarieven, 1965-1967
Maatschappelijke aanpassingen in het huisartsenberoep; vestigingsbeleid en tarieven, 1971-1985
Ziekenfondsen, huisartsen en de gevolgen van Dekker
De relatie ziekenfondsen-huisartsen na 1945; een evaluatie
Het overeenkomstenstelsel, de relatie artsen-ziekenfondsen en de overheid na 1945
- 3.6 Conclusies
De relatie artsen-ziekenfondsen na 1940; het kader
Fasering in de relatie
De factoren, die de relatie hebben beïnvloed
De relatie artsen-ziekenfondsen op het landelijk niveau, 1940-1996

Het regionaal niveau

- 3.7 Van Maatschappijfonds Amersfoort en Omstreken tot zorgverzekeraar A&O
 - Bezetting, Ziekenfondsenbesluit en daarna*
 - Van Maatschappijfonds tot Algemeen Ziekenfonds; naoorlogse veranderingen en modernisering*
 - De problemen met de vrijwillige verzekering*
 - Het Algemeen Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken, 1954-1992*
 - De verzakelijking van Amersfoort en Omstreken; een evaluatie*
- 3.8 Fondsen van verzekerden en medewerkers; regiovorming in het Utrechtse
 - De Omstreken van Utrecht; bezetting, Ziekenfondsenbesluit en reorganisaties, 1940-1949*
 - De Omstreken van Utrecht en VHZ; over concentratie van Maatschappijfondsen*
 - Het Zeister Ziekenfonds na 1940; professionalisatie, groei en wetgeving*
 - De naoorlogse jaren*
 - De fusie met VHZ*
 - Regiovorming in Utrecht en omstreken; een evaluatie*
- 3.9 De Utrechtse ziekenfondsen en artsen tijdens de bezetting, 1940-1945
 - Het begin van de bezetting*
 - De invoering van het Ziekenfondsenbesluit bij de contractfondsen en Ziekenzorg*
 - De invoering van het couponstelsel en de Utrechtse incasseerders*
 - Eggink, het Staatstoezicht en hun pogingen tot Utrechtse concentratie*
 - De gelijkschakeling van het onderling beheerde Ziekenzorg tot contractfonds*
 - De gevolgen van de oorlog, 1942-1945*
 - Ziekenfondsen en artsen na de bevrijding*
 - Het begin van de verzakelijking in het Utrechtse ziekenfondsbestel*
 - De gevolgen van de bezettingstijd voor het Utrechts ziekenfondsbestel; een evaluatie*
- 3.10 Samenwerkende Utrechtse ziekenfondsen en medewerkers sedert 1945
 - De eerste landelijke honorariumverhogingen en de gevolgen voor de Utrechtse artsen*
 - De Commissie van Toezicht na 1945*
 - Over plaatselijk en regionaal toezicht; veranderingen bij de Commissie van Toezicht*
 - Over plaatselijk en regionaal toezicht: de SSZU als gemeenschappelijk uitvoeringsorgaan*
 - De Utrechtse ziekenfondsen tot de grote fusie, 1945-1980; VHZ-ideologie en Ziekenzorg-rood*
 - De Utrechtse ziekenfondsen tot de grote fusie, 1945-1980; expansie van het katholieke ziekenfondswezen*
 - De Utrechtse ziekenfondsen tot de grote fusie, 1945-1980; over de AWBZ, de vrijwillige verzekering, aanvullingsfondsen en bovenbouwen*
 - De fondsen en hun eigen instellingen; het Brilléglass en de tandheelkundige centra*
 - De fondsen en hun eigen instellingen; apotheek Ziekenzorg*
 - De fondsen en hun eigen instellingen; motieven*
 - De Utrechtse ziekenfondsen; fusie ondanks verschillen?*
 - De relatie artsen-ziekenfondsen in Utrecht, 1945-1980; een evaluatie*
- 3.11 De vorming van ANOVA en de verzakelijking van de verhoudingen, 1974-1996
 - De vorming van het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland; de eerste gedachten*
 - De vorming van het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland; van samenwerking naar fusie*
 - Het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland, 1980-1992; een probleemfonds*
 - RZMN/A&O ofwel ANOVA*
 - De relatie artsen-ziekenfondsen in Midden-Nederland, 1974-1996; een evaluatie*
- 3.12 Conclusies
 - De aard van de relatie artsen-ziekenfondsen op het Midden-Nederlandse niveau, 1940-1996*
 - De beïnvloedende factoren*
 - De relatie artsen-ziekenfondsen in Midden-Nederland tot 1996*

Conclusies

- 4.1 Overeenkomsten en verschillen tussen het landelijk en het regionaal niveau; beleidsvorming en beleidsuitvoering

- Deel I: De partijen worden gevormd*
Deel II: De partijen; overleg en polarisatie
Deel III: De partijen; schaalvergroting en verzakelijking
- 4.2 Factoren die de relatie hebben beïnvloed
- Ideeën en karakters van de betrokken personen*
 - Ideologie*
 - Wederzijdse afhankelijkheid, maatschappelijke emancipatie van de beroepsgroepen en macht*
 - Collectivisatie en concentratie*
 - Externe factoren: economische en maatschappelijke ontwikkelingen*
 - Externe ontwikkelingen; de groei van de medische wetenschap en de ontwikkeling van de gezondheidszorg*
- 4.3 Lessen uit het verleden
- Regionalisatie, een rode draad*
 - De ziekenfondsverzekering; een traditie van vrije marktverhoudingen?*
 - De ziekenfondsverzekering; verantwoordelijkheid voor de verzekering en de zorg?*
- 4.4 De relatie artsen-ziekenfondsen op nationaal en regionaal niveau; de beantwoording van de onderzoeksvraag

Noten

Bronnen en literatuur

Archieven

Literatuur en periodieken

Afkortingen

Lijst van in de tekst opgenomen tabellen

Register op persoonsnamen

Summary

Curriculum



Het regionaal niveau

De gecombineerde werkgebieden van R.Z.M.N. en H&O: de regio Midden-Nederland met de buitengebieden van het voormalige Utrechts Ziekenfonds lidmaatschap, 1989

Inleiding

Aanleiding voor het onderzoek

Deze studie gaat over de relatie ziekenfondsen-artsen sedert 1827. Het uitgangspunt van de studie was oorspronkelijk de beschrijving van de ontwikkelingen in de regio Midden-Nederland, geplaatst in het landelijk kader.

De geschiedenis van deze relatie werd in de stad Utrecht gekenmerkt door een moeizame relatie van het onderling beheerde ziekenfonds Ziekenzorg met de plaatselijke artsen en apothekers.¹ Deze relatie was soms vriendschappelijk, soms vijandig. Zij beheerste de ontwikkeling van het Utrechtse ziekenfondswezen en daardoor de kwaliteit en de organisatie van de gezondheidszorg van het grootste deel van de Utrechtse bevolking van de oprichting van Ziekenzorg van 1899 tot de fusie in 1983 van de plaatselijke fondsen tot het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland, het RZMN. Het RZMN fuseerde in 1992 met het ziekenfonds Amersfoort en Omstreken. Door deze samenvoeging ontstond een zorgverzekeraar met een regionaal samenhangend werkgebied, Midden-Nederland, dat bestond uit de provincie Utrecht, het westelijk deel van de Veluwe en enkele enclaves in Noord- en Oost-Nederland. Deze zorgverzekeraar kreeg in 1995 de naam ANOVA-Verzekeringen.

Deze regionale opzet is niet mogelijk zonder een landelijk kader, een schets van de verhoudingen tussen ziekenfondsen en zorgaanbieders op landelijk niveau. Dit landelijk kader bleek helaas onvoldoende beschreven om te kunnen gebruiken voor een studie op regionaal niveau.

H.F. van der Velden publiceerde in 1993 zijn dissertatie over de financiële toegankelijkheid tot de gezondheidszorg in de periode 1851-1941.² Van der Velden gaat wel in op de geschiedenis van het ziekenfondsbestel en de relatie ziekenfondsen-artsen, maar als onderdeel van het gehele systeem dat het gebruik van zorg door de door hem beschreven doelgroepen mogelijk maakte. H.C. en E.W. van der Hoeven plaatsten in hun *Om welzijn of winst* de ontwikkeling van de ziekenfondsverzekering in haar maatschappelijke en politieke context, maar helaas zonder notenapparaat.³ Andere studies zijn verouderd, betreffen een te korte periode of een afwijkend onderwerp.⁴

Als gevolg hiervan moest ik mijn onderzoek verbreden tot het landelijk niveau en mijn oorspronkelijke opzet aanpassen. Om het project beheersbaar te houden koos ik uit de zorgaanbieders de artsen, die sinds het einde van de achttiende eeuw in samenwerking met de apothekers zowel als motor en als grootste belanghebbenden bij het ziekenfondswezen betrokken waren. Zij werden na 1850 op het landelijk niveau vertegenwoordigd door hun beroepsorganisaties. Deze waren voor de artsen de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de NMG, en voor de apothekers de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie, de NMP. De artsen met hun NMG speelden de grootste rol. De apothekers worden in de studie bij de relatie ziekenfondsen-artsen betrokken voorzover zij op deze relatie invloed hadden. De belangrijkste elementen voor de vraagstelling van deze studie zijn hiermee genoemd.

Vraagstelling en methode

Deze vraagstelling voor dit onderzoek naar de relatie ziekenfondsen-artsen is als volgt: *welke was de relatie tussen de ziekenfondsen en de artsen op het niveau van Nederland en het regionale niveau van Midden-Nederland vanaf 1827 en welke factoren bepaalden deze relatie?*

Onderzoek naar de relatie artsen-ziekenfondsen betekent onderzoek op veel terreinen van de geschiedenis zoals de mentaliteitsgeschiedenis, de sociaal-economische geschiedenis en de politieke geschiedenis. Het betreft onderzoek naar de betrokken personen en hun persoonlijke aspecten: artsen, ziekenfondsbestuurders en ziekenfondsmedewerkers, verzekerden, politici en vakbondsmedewerkers, hun persoonlijke verhoudingen en zakelijke relaties, hun onderlinge machtsverhoudingen en hun motieven om zich in te zetten voor de ziekenfondsverzekering. Het betreft ook onderzoek naar het ziekenfondswezen zelf, naar de inrichting en het functioneren van de ziekenfondsen en naar de organisaties, die fungeerden als belangenorganisaties van de ziekenfondsen en de medische beroepsgroepen. De relatie wordt niet alleen beïnvloed door deze persoonlijke en institutionele elementen, maar ook door externe factoren als sociale en economische ontwikkelingen, de politieke besluitvorming en de ontwikkelingen van de medische wetenschap en van de gezondheidszorg.

Het bestuderen van de relatie artsen-ziekenfondsen blijkt complex. Het vereist praktisch en gericht onderzoek. Empirisch-historisch onderzoek, archiefonderzoek ondersteund door de literatuur, geeft inzicht in de praktijk en de aard van de relatie, de manier waarop zij zich in de tijd ontwikkelde en

de factoren die op deze relatie van invloed waren. De beleidsvorming en de beleidsuitvoering bij de ziekenfondsverzekering staan daarbij centraal: de vorming van het beleid op landelijk en regionaal niveau en de manier waarop dit beleid op het regionale niveau in de praktijk werd uitgevoerd. Dit geeft inzicht in de overeenkomsten en de verschillen in de relatie artsen-ziekenfondsen tussen het landelijk en het Midden-Nederlandse niveau.

Begrippen: relaties, factoren, schaalvergroting en verzakelijking

De kernbegrippen voor dit onderzoek zijn: relaties, factoren, schaalvergroting en verzakelijking. In deze studie worden relaties naar hun aard ingedeeld in twee soorten: conflictrelaties en harmonische relaties. Bij conflictrelaties zijn de partners niet of nauwelijks tot samenwerking bereid om hun doelstellingen te verenigen of hun belangen en ideologische opvattingen aan elkaar aan te passen. Als dit conflict tijdens onderhandelingen onoplosbaar blijkt en als geen van de partners de ander kan domineren is er sprake van een onbesliste machtsstrijd, een labiel machtsevenwicht.

In het geval van harmonie is de samenwerking gebaseerd op het nastreven van geheel of gedeeltelijk samenvallende doelstellingen. De partijen handelen volgens de eigen ideologie en hun eigen belangen. Zij zijn bereid tot samenwerking, al of niet na een machtsstrijd of na onderhandelingen. Dit is een stabiel machtsevenwicht. Bij harmonische relaties werken ziekenfondsen en artsen samen voor de behartiging van hun gemeenschappelijke belang: een goede rechtspositie voor alle medewerkers en een goede gezondheidszorg voor de verzekerden.

De aard van de relatie tussen de ziekenfondsen, de artsen en hun belangenorganisaties wordt bepaald door twee groepen factoren. Deze factoren bepalen niet alleen de aard van de relatie tussen de ziekenfondsen en de artsen in de tijd, maar ook hun positie als partijen op de lokale, regionale en landelijke markt van de ziekenfondsverzekering.

De eerste groep bestaat uit factoren die met de relatie zelf te maken hebben: de ideeën en karakters van de betrokken personen, ideologie, wederzijdse afhankelijkheid, maatschappelijke emancipatie van de beroepsgroepen, macht, collectivisatie en concentratie. De tweede groep wordt gevormd door externe factoren: economische en maatschappelijke ontwikkelingen als economische bloei en achteruitgang, oorlogstijd, bezetting en vrede, de relatie met de overheid, de invloed van de vakbonden, de groei van de medische wetenschap en de ontwikkeling van de gezondheidszorg.

De ziekenfondsverzekering is in de loop der tijd steeds meer aan overheidsregelgeving gebonden. Voor 1941 waren ziekenfondsen, artsen en apothekers vrij in de regeling van het ziekenfondsbestel. Zowel artsen als ziekenfondsen fungeerden als aanbieders en als verzekeraars van zorg. Er was sprake van de markt van de ziekenfondsverzekering. De invoering van het Ziekenfondsenbesluit op 1 november 1941 maakte aan deze markt een einde. Door dit Besluit is de ziekenfondsverzekering definitief tot onderwerp van wetgeving geworden. Het streven naar overheidsregulering bereikte zijn hoogtepunt rond 1985. Daarna ontstond een politieke en maatschappelijke herbezinning op de inrichting van de gezondheidszorg, waarbij de nadruk lag op beïnvloeding van de kosten en daardoor op de verandering van de verzekering van de zorg.

Schaalvergroting is na 1930 de belangrijkste tendens in de relatie artsen-ziekenfondsen. Voorbeelden zijn de vorming van koepelorganisaties, het samenvoegen van organisaties en het op steeds grotere schaal gemeenschappelijk behartigen van belangen. Schaalvergroting doet zich bij deze relatie voor in de vorm van collectivisatie, concentratie en regionalisatie. Deze begrippen worden als volgt gedefinieerd:

- Collectivisatie is het overdragen van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden door samenwerkende nevenschikkende organen aan een bovenschikkend orgaan, zoals de vorming van koepelorganisaties.
- Concentratie is het samenvoegen van gelijkwaardige organen tot een groter geheel, bijvoorbeeld een fusie- of integratieproces.
- Regionalisatie is de vorming van een gebied met een voor de gezondheidszorg samenhangend stelsel van voorzieningen, middelen en verzekering.

Schaalvergroting wordt na 1941 aangevuld met verzakelijking. Verzakelijking betekent in de relatie artsen-ziekenfondsen dat de verhouding tussen de artsen en de fondsen bepaald wordt door wetgeving, materiële belangen en samenwerking bij de beleidsvorming in de gezondheidszorg, niet door strijd over ideologische principes of om de bestuursmacht bij de ziekenfondsen. De ontwikkelingen op het regionale niveau werden beïnvloed door de verzakelijking op het landelijk niveau, maar de regio behield eigen kenmerken.

Indeling van dit boek

Dit boek gaat over de ontwikkeling van de relatie ziekenfondsen-artsen op landelijk en regionaal niveau en de factoren die daarop van invloed waren. Deze relatie wordt verdeeld in drie periodes:

- 1827-1908, deel I. In 1827 werd het oudst bekende fonds in de regio opgericht, de Utrechtse Sociëteit de Voorzorg en is daarom gekozen als het beginjaar van deze periode. Dit deel wordt afgesloten in 1908. De NMG formuleerde in dat jaar voor de eerste maal de principes van haar beleid tegenover de ziekenfondsen. Op het regionaal niveau namen de artsen hun eigen maatregelen om ordening te brengen in het fondsbestel in hun gebied.

- 1908-1940, deel II, de tijd waarin de overheid vergeefs trachtte door wetgeving op het landelijk niveau het ziekenfondsbestel te ordenen, terwijl op plaatselijk en regionaal niveau de artsen en de ziekenfondsen zelf een stelsel ontwikkelden. De Ziektewet werd in 1930 ingevoerd, waardoor de uitkering van ziekgeld indirect gekoppeld werd aan het lidmaatschap van een ziekenfonds. Dit veroorzaakte grote concurrentie tussen de artsen en de onderling beheerde ziekenfondsen, waardoor een einde kwam aan een periode van overleg en de relatie artsen-ziekenfondsen op het landelijk niveau veranderde van een harmonische naar een conflictrelatie.

- 1940-1996, deel III. De conflictrelatie veranderde in 1940 in een harmonierelatie door de beëindiging van de polarisatie. 1996 markeert het einde van de zelfstandige ontwikkeling van het ziekenfonds- of zorgverzekeringsbestel in Midden-Nederland, dat door de fusie van ANOVA met ZAO aan het werkgebied van deze verzekeraar wordt gekoppeld.

In ieder deel worden eerst de ontwikkelingen op het landelijk niveau beschreven. Daarna wordt ingegaan op de verhoudingen en het ziekenfondsbestel in het gebied Midden-Nederland, verdeeld in de stad Utrecht, Amersfoort met het omringende gebied en de regio buiten Utrecht. Voor deze indeling is gekozen om de twee niveaus per periode te kunnen vergelijken. Ieder landelijk en regionaal gedeelte wordt afgesloten met een conclusie. Aan het einde van de studie worden de overeenkomsten en verschillen tussen de twee niveaus beschreven.

Deel I, De partijen worden gevormd, behandelt de eerste fase van het ziekenfondsbestel.

Deel II, De partijen; overleg en polarisatie, beschrijft de houding van de overheid, de ontwikkeling van het ziekenfondsbeleid van de NMG, de verhoudingen tussen de artsen onderling en de relatie met de NMP en de reacties van de onderling beheerde ziekenfondsen op het NMG-beleid. Het belangrijkste element in de relatie artsen-ziekenfondsen was het stelsel van de lokale collectieve ziekenfondsovereenkomsten. In de dertiger jaren veranderde de relatie tussen de NMG, de vakbonden en de onderling beheerde fondsen door de polarisatie van harmonie naar conflict.

In deel III, De partijen; schaalvergroting en verzakelijking, wordt geschetst hoe de relatie veranderde van conflict naar harmonie als gevolg van de bijzondere omstandigheden tijdens de bezetting, wat de gevolgen waren van de invoering van het Ziekenfondsenbesluit en hoe de relatie bij invloed werd door de vergroting van de invloed van de overheid en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg na 1945. Dit wordt op landelijk en regionaal niveau beschreven aan de hand van de ontwikkeling van de verzekering van de gezondheidszorg, de vrijheid die de artsen en de ziekenfondsen hadden bij het ontwikkelen van beleid en bij het onderhouden van hun relatie door middel van de landelijke overeenkomsten.

Het einde van het boek bestaat uit de Conclusies: de overeenkomsten en verschillen tussen het landelijk en regionaal niveau per periode, de factoren die de relatie hebben bij invloed en lessen uit het verleden. Deze lessen bestaan uit opmerkingen over regionalisatie, vrije marktverhoudingen in de gezondheidszorg en verantwoordelijkheid voor de verzekering en de zorg. De Conclusies worden afgesloten met een beantwoording in het kort van de onderzoeksvraag.

D

- ¹. K.P. Companje, *Ziekenzorg. Een Utrechts ziekenfonds en zijn eigen instellingen* (Zeist 1994).
 - ². H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland. Medische armenzorg, ziekenfondsen en de verenigingen voor ziekenhuisverpleging op nationaal en lokaal niveau* (Schiedam, Roordahuizen en Amsterdam) (Rotterdam 1993).
 - ³. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst. 100 jaar ziekenfondsen en sociale zekerheid* (Deventer 1993).
 - ⁴. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij. Geschiedenis van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (Utrecht 1974). Festen beschrijft de ontwikkeling van de KNMG tot 1974 en gaat in op de belangen van de georganiseerde artsen bij de ziekenfondsen, maar zonder bronvermeldingen.
- Het boek van J.A. Berger, *De geschiedenis van het Ziekenfondswezen in Nederland* (Vlissingen 1930) is oud, maar nog steeds bruikbaar als bronnenuitgave.
- L.S. Godefroi, *Het Ziekenfondswezen in Nederland. Ontwikkeling en Perspectieven* ('s-Gravenhage 1963) geeft inzicht in de ontwikkeling van het ziekenfondsbestel met de nadruk op de periode 1941-1960.
- J.B. Jaspers, *Het medische circuit. Een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980)* (Utrecht/Antwerpen 1985) geeft een sociologisch kader voor de relatie ziekenfondsen-artsen-overheid.

Deel I: De partijen worden gevormd

Het landelijk niveau

1.1 Achtergrond: de ontwikkeling van de samenleving tot 1908

De ontwikkeling van de Nederlandse samenleving kan worden gekenmerkt door het begrip 'geleidelijkheid'. De economische, politieke en sociale ontwikkelingen waren misschien wat minder heftig en gingen wat langzamer dan in de omringende landen, maar de Nederlandse maatschappij veranderde wel degelijk.

Economische ontwikkelingen

De economie, vóór 1850 voornamelijk gebaseerd op landbouw, midden- en kleinbedrijf en een zeer sterke handel- en dienstensector, kreeg in de tweede helft van de negentiende eeuw een meer industrieel karakter. Vóór 1840 voerde de overheid, met name door de initiatieven van koning Willem I, een actieve economische politiek. De binnenlandse economie werd zo veel mogelijk gestimuleerd. Na 1840, sinds de opkomst van het liberalisme, probeerde de overheid de vrije economie zo veel mogelijk te bevorderen.

De infrastructuur werd gemoderniseerd. De transportmogelijkheden verbeterden door het graven van kanalen, de aanleg van wegen en, vooral sinds 1860, van spoorwegen. Technologische ontwikkelingen werden steeds meer toegepast. Het bankwezen werd gemoderniseerd; ondernemers konden sneller en beter investeren. Het aantal bedrijven en de bedrijfsgrootte namen toe. De buitenlandse handel bloeide op, met name doordat Duitsland na 1870 grootschalig industrialiseerde. Het Rotterdamse en Amsterdamse havenverkeer ontwikkelde zich explosief. De binnenlandse industrialisatie zette door. De handel en de industrie werden na 1870 steeds belangrijker voor de economie. Deze groei werd tijdelijk onderbroken door enkele crises, zoals die van 1883-1887 en 1892-1894.

In de geschiedschrijving wordt over de periode 1860-1870 vaak gesproken als een tijdperk van overgang naar het moderne kapitalisme.¹ De genoemde ontwikkelingen beperkten zich niet tot deze tien jaar, maar er veranderde in deze periode veel.

Politieke hervormingen en beginnende verzuiling

Ook de politieke structuur werd na 1840 langzaam gemoderniseerd. In de grondwet van 1815 had de koning de uitvoerende macht toebedeeld gekregen. Willem I kon bijna als absoluut vorst bij Koninklijk Besluit regeren.² De macht van de volksvertegenwoordiging, de Staten-Generaal, was beperkt. De koning legde bij zijn autoritaire manier van regeren de nadruk op de macht van het centraal gezag.

De oppositie tegen zijn beleid werd steeds sterker. Lokale belangen kwamen steeds meer in botsing met die van de centrale overheid. Willem bemoeide zich steeds meer met de interne zaken van de grote kerkgenootschappen, tot woede van de maatschappelijke en kerkelijke leiders.³ Door de druk van deze oppositie werd in 1840 de grondwet gewijzigd ten gunste van een grotere parlementaire invloed, en de koning trad af. Willem II volgde hem op.

Deze grondwetsherziening van 1840 ging vele politici niet ver genoeg. In de omringende landen ontstonden in 1848 revoluties die zelfs in het burgerlijke Nederland indruk maakten. Willem II zag daardoor de noodzaak tot politieke vernieuwing en hij steunde de liberale voorstanders van een nieuwe grondwet. Onder leiding van de liberaal Thorbecke deed een commissie voorstellen voor directe verkiezingen voor de Tweede Kamer en uitbreiding van de parlementaire macht. Het stemrecht bleef censuskiesrecht, gebaseerd op het districtenstelsel. De parlementaire afgevaardigden waren gebonden aan hun district, niet aan partijen. Binnen het parlement konden informele groeperingen ontstaan, maar er waren nog geen fracties of landelijke partijorganisaties. Kamerleden waren naar verhouding voor een groot deel afkomstig uit kringen waar het bekleden van overheidsambten traditie was.

Na de grondwetsherziening van 1848 werden tijdens het eerste kabinet Thorbecke (1849-1853) de Provinciewet, de Gemeentewet en de Kieswet aangenomen. Deze zouden voor vele jaren de structuur van het Nederlands bestuur bepalen. De belangrijkste sociale wetgeving was in deze tijd de regeling van de armenzorg door de Armenwet van 1854. Volgens deze wet waren de plaatselijke autoriteiten verplicht tot het verlenen van sociale onderstand aan armlastigen. De door de kerken

verstrekke particuliere armenzorg werd daarbij boven het lokale openbaar armbestuur gesteld. Deze Armenwet was geen wet van Thorbecke, wiens kabinet in 1853 gevallen was. Het was een wetsontwerp, gemaakt om diens tegenstanders, vooral de leden van de Nederlands Hervormde Kerk, tegemoet te komen.⁴

De parlementaire democratie begon zich na 1848 langzaam te ontwikkelen. Door verbeterde communicatiemiddelen, zoals de spoorwegen, de posten en de ontwikkeling van de dagbladen, werden nieuwe vormen van politiek bedrijven mogelijk. In 1887 en 1897 werd als reactie op sociale onrust het kiesrecht tot een groter deel van de mannelijke bevolking uitgebreid. In de Tweede Kamer ontstond verschil tussen groeperingen als liberalen, conservatieven en christelijken. Er werd onderscheid gemaakt tussen clericalen en anti-clericalen.

Nederland kreeg te maken met de verzuiling, een maatschappelijk verschijnsel waarbij religieuze en sociale groeperingen zich met hun bijzondere identiteit profileerden door eigen maatschappelijke en politieke voorzieningen te eisen. Deze voorzieningen moesten losstaan van de openbare, door de overheid opgerichte en beheerde instellingen. De verzuiling begon op lokaal niveau, maar beheerste al snel de hele Nederlandse maatschappij.⁵ Een van de gevolgen van de verzuiling was de schoolstrijd. In confessionele kringen groeide in de vijftiger jaren de onvrede met het onderwijsbeleid van de regering. Zij wensten het recht om scholen te stichten met een eigen protestantse of katholieke identiteit, omdat dit beleid uitsluitend gericht was op openbaar onderwijs. Uit deze schoolstrijd ontstonden de eerste politieke partijen.

Protestantse organisaties richtten in 1879 de Antirevolutionaire partij op. Zij waren het niet eens met de benadeling van bijzondere confessionele scholen ten opzichte van openbare scholen en organiseerden een volkspetitionnement, waarbij meer dan 300.000 mensen tekenden. Ter vergelijking: bij de Tweede-Kamerverkiezingen mochten 100.000 mannen stemmen.⁶ De belangrijkste leider van de Antirevolutionairen was Abraham Kuyper.

De katholieken profileerden zich in 1880 in de Tweede Kamer met de priester H.J.A.M. Schaepman. Na 1848 zochten zij eerst samenwerking met de liberalen, maar sinds 1860 trokken zij zich in verband met de schoolstrijd terug in een conservatief isolement. Schaepman veranderde dit. Hij schreef naar aanleiding van het voorbeeld van Kuyper een beginselverklaring voor een katholieke partij.⁷ De katholieken kregen nog geen eigen partij, maar zij werden als politieke groepering actief. Beide confessionele leiders waren voorstanders van samenwerking tussen katholieken en antirevolutionairen. De groepen werkten eerst samen in de Tweede Kamer en later in de kieskringen. Na de uitbreiding van het kiesrecht in 1888 kregen ze de meerderheid in de Tweede Kamer en werd het eerste christelijke kabinet in de Nederlandse parlementaire geschiedenis geïnstalleerd: het begin van de Coalitie.⁸ In deze tijd betekenden in het parlement niet-confessioneel en confessioneel het onderscheid tussen links en rechts.

Na 1870 werd het socialisme in Nederland belangrijker. De arbeidersbeweging kwam op, vooral na de opheffing van het Coalitieverbod in 1872. Hierdoor werden strafbepalingen tegen onderlinge coalities van werkgevers en werknemers opgeheven. Werknemers mochten nu in groepsverband met werkgevers onderhandelen over arbeidsvoorwaarden.

In 1881 werd de Sociaal-Democratische Bond opgericht. Domela Nieuwenhuis, de belangrijkste leider, werd in 1888 in de Tweede Kamer gekozen. Domela twijfelde na een tijdje echter over het nut van deelname aan parlementaire verkiezingen om zijn doelstellingen te realiseren. Toen het bondsbestuur in 1891 daarop het besluit nam om de strijd voor de sociaal-democratische heilstaat zonder parlementaire middelen te voeren, ontstond een schisma.⁹ Tegenstanders van deze isolationistische houding richtten daarom op 26 augustus 1894 de Sociaal Democratische Arbeiderspartij, de SDAP, op. In 1897 werden de eerste SDAP-parlementariërs gekozen.

De maatschappelijke samenstelling van het parlement veranderde ook na 1888 weinig, ondanks de kiesrechtuitbreidingen. Tot 1913 kwam de helft van de Nederlandse parlementariërs uit de top van de Nederlandse samenleving: adel en patriciaat.¹⁰

De sociale verhoudingen en sociale wetgeving, 1814-1914

De bevolking groeide van 2.202.191 in 1815 tot 5.858.175 in 1909.¹¹ De samenleving bestond rond 1850 uit de volgende groepen:¹²

1. De grote burgerij: adel, hoge ambtenaren, academici, welgestelde kooplieden, ondernemers. Deze groep maakte 3% van de bevolking uit.
2. De kleine burgerij, 22,7%, en kleine zelfstandigen, 18,7%,
3. Zelfstandige boeren, 22,9%.
4. De arbeidende klasse, 49,9%.

In de negentiende eeuw zelf maakte men in de maatschappij een tweeledig onderscheid: de armen of het volk versus de aanzienlijken of de gegoede, deftige of fatsoenlijke stand, de burgerklasse.¹³ Het onderscheid tussen deze groepen was in de eerste helft van de negentiende eeuw vrij scherp, economisch en cultureel. Het belangrijkste criterium hierbij was het inkomen: was dit voldoende om in leven te kunnen blijven, iets in het leven te kunnen doen, of comfortabel te kunnen leven? De lonen waren laag en stabiel, de stijging in inkomen voor ongeschoolde arbeiders en ambachtslieden bedroeg maximaal 10% in 100 jaar.¹⁴

In 1835 verdiende een timmerman, in dienst bij de gemeente 's-Gravenhage, hetzelfde loon als in 1815, 22 stuivers per dag of *f* 7 per week. De prijzen stegen in deze periode met 10%.¹⁵ *f* 7 was een gemiddeld weekloon¹⁶. De directeur van de Haagse timmerman verdiende van 1819 tot 1830 *f* 2.000 per jaar, een weekloon van *f* 38,46. Diens opvolger werd in 1857 aangesteld op een jaartraktament van *f* 2.800, een weekloon van *f* 53,85.¹⁷

De directeur had een eigen huis, kon zijn kinderen onderwijs laten geven naar eigen keuze, at iedere dag gevarieerd en goed en hij wist dat hij dit na zijn pensionering kon blijven doen. Hij nam met zijn echtgenote deel aan het Haagse uitgaansleven, ging misschien op vakantie naar een kuuroord en kon bij ziekte of ongeval een beroep doen op de best beschikbare medische en sociale zorg. Af en toe kreeg hij van het gemeentebestuur een aardige gratificatie, al snel *f* 500.

De timmerman verkeerde met zijn weekloon op de rand van de armoede. Als hij een vrouw en drie kinderen had, dan kon zijn wekelijks uitgavenpatroon er zo uitzien¹⁸:

- huishuur *f* 1,50;
- brood en beschuit 1,75;
- aardappelen 1,40;
- overige 2,--.

Totale uitgaven *f* 6,64. Hij kon in theorie 36 cent sparen, maar van huishuur, brood en aardappelen kon hij zijn gezin niet alleen in leven houden. Van *f* 2,36 moest hij zijn gezin kleden, verder voeden, schoolgeld, medische verzorging financieren en begrafenisfonds betalen, zijn vertiertjes doen, zijn schulden aflossen en overige dagelijkse uitgaven financieren. Gratificaties waren voor hem niet weggelegd. Als hij geluk had, mocht hij van de sloop van een perceel het oud lood meenemen.

Zijn huisvesting was minimaal, meestal een slecht onderhouden tweekamerhuisje in een nauw straatje of steeg met een zolder en een gemeenschappelijk secreet zonder rioolaansluiting. Het onderwijs voor zijn kinderen beperkte zich tot wat lezen en schrijven op een grote volksschool. Zijn ontspanning beperkte zich tot een wandelingetje, de kroeg of de straat. Naast aardappelen en brood stonden op de lijst voor voeding boter, suiker, koffie, melk, zout, groente, vet en rijst. Vlees kwam nauwelijks op tafel. Door de slechte woonomstandigheden en de matige en eenzijdige voeding liep hij met zijn gezin een vergroot risico op ziekte en sterfte bij cholera- en tyfusepidemieën. Hij betaalde geen belasting of hij betaalde het laagste tarief, *f* 5,- per jaar. Hij was minvermogend. De grens tussen armoede of onvermogenheid en minvermogenheid was voor de timmerman snel overschreden.

In de steden vormde 60-70% van de bevolking de onderste sociale groepen.¹⁹ Een middenklasse bestond er niet of nauwelijks. Het grootste deel van de bevolking was potentieel arm. Men beschikte nauwelijks over middelen om bij langdurige ziekte, werkloosheid, ouderdom of overlijden van de kostwinner in leven te blijven zonder steun van de armenzorg of van familie.²⁰ Werkloosheid was niet structureel, maar men werkte onregelmatig, afhankelijk van het aanbod en het seizoen.²¹

De scheiding tussen volks en fatsoenlijk bleef tot ver in de negentiende eeuw zeer strak.²² De gegoede groepen reserveerden de aantrekkelijke functies bij overheid en bedrijfsleven voor zichzelf en hun kinderen. Vermogen, afkomst en levensstijl waren bepalend voor maatschappelijke positie en mobiliteit. Het verwerven van eigen vermogen was voor de man uit het volk nauwelijks mogelijk, evenmin als het volgen van voortgezet onderwijs. De zeer kleine middenklasse, voornamelijk bestaande uit kleine winkeliers en lagere ambtenaren, was evenzeer in zijn stijgingsmogelijkheden beperkt.

Na 1850 begon er iets te veranderen. Het onderwijs werd verbeterd door de invoering van nieuwe schooltypen, zoals de mulo na 1856 en de hbs in 1863. Meer mensen volgden onderwijs. Door de structurele wijzigingen in de economie ontstond vooral tussen 1889 en 1909 grootschalige organisatievorming, zowel in het bedrijfsleven als bij de overheid.²³ De overheid kreeg ondanks de liberale opvattingen over terughoudende staatsbemoeienis steeds grotere maatschappelijke verantwoordelijkheden, en het overheidsapparaat werd op lokaal en landelijk niveau steeds groter. In het bedrijfsleven ontstond een scherper onderscheid tussen administratief en fabriekspersoneel,

tussen uitvoerende en controlerende taken. Bij het kantoorpersoneel zelf groeide onderscheid tussen hogere en lagere rangen.

Door deze organisatieveranderingen en de verdergaande arbeidsverdeling nam de sociale mobiliteit toe. Het sociaal bewustzijn groeide. Rond 1870 ontstonden nieuwe sociale bewegingen als de georganiseerde arbeidersbeweging, nieuwe liberale en sociaal-democratische hervormingsgezinde bewegingen en de confessionele groeperingen zoals de groepering rond Abraham Kuyper. De vakbeweging kwam langzaam op gang. De kiem van de Katholieke vakorganisatie werd gelegd door de oprichting van plaatselijke St.-Josephgezellenverenigingen na 1866. Deze verenigingen werden gevormd door de katholieke arbeiders zelf, met een priester als invloedrijk geestelijk adviseur. Deze behartigde hun huiselijke en maatschappelijke belangen tegenover de werkgevers en de kerk. Het principe van de onderling beheerde arbeidersorganisatie zou de basis blijven van de katholieke zuil.

Door de toegenomen grootschaligheid van de samenleving werden ook de gevolgen van conjuncturele crises beter merkbaar. Tijdens de crisis van 1883-1887 kwamen grote groepen arbeiders op straat te staan, die door hun aantallen niet meer door het bestaande armenzorgcircuit opgevangen konden worden. Er heerste voor het eerst massawerkloosheid.²⁴ Vanaf het najaar van 1883 groeide de onrust in de steden. Er werd massaal gedemonstreerd voor algemeen kiesrecht, waardoor de regering en parlement in 1887 het kiesrecht uitbreidden.

In het parlement groeide het inzicht dat sociale wetgeving noodzakelijk was. Men kwam niet uit filantropische overwegingen tot deze conclusie. Financieel werd het voeren van een sociale politiek mogelijk door de economische groei. Een gezonde, stabiele en tevreden arbeidersbevolking was noodzakelijk, vooral in tijden van groei en modernisering van de economie. De bevolkingsgroei in de steden maakte duidelijk dat er iets moest gebeuren aan de verbetering van de woonsituatie, *want in sloppen en krotten kon geen bruikbare arbeidersgeneratie opgroeien. Daar dreigde, naast de verspreiding van echte bacillen ook die van de socialistische.*²⁵ De vrees van de elite voor ontkerkelijking, socialisme en anarchisme was groot.

Op initiatief van progressief-liberale zijde werd in 1886 een parlementaire enquête gehouden om de toestanden in werkplaatsen te onderzoeken. Dit onderzoek toonde de slechte werkomstandigheden van de Nederlandse arbeider en had de aanvaarding van de Arbeidswet met het instellen van de Arbeidsinspectie tot gevolg. De Arbeidswet was het begin van de nooit eindigende discussie over het sociaal verzekeringsstelsel.

In 1897 werd opnieuw het kiesrecht uitgebreid, waardoor 50% van de mannelijke bevolking stemrecht kreeg. Het liberale kabinet Pierson-Goeman Borgesius kon door de oplevende conjunctuur in de periode 1900-1901 de eerste sociale wetten invoeren, zoals de Woningwet en de Ongevallenwet. Deze laatste bood de industriearbeider een recht op geneeskundige behandeling en uitkering bij een bedrijfsongeval. Het was de eerste wet waarbij de arbeider verplicht verzekerd werd door middel van een premie, betaald door de werkgever.

Dit kabinet zag in dat een totale regeling van de sociale verzekering niet mogelijk was, zoals het volgende kabinet onder leiding van Abraham Kuyper (1901-1905) wel probeerde.²⁶ Kuyper had als voorvechter van de gereformeerde burgerij in 1899 een beginselprogramma voor een christelijke sociale wetgeving gedefinieerd. Hij deed na 1901 pogingen om samen met een groep ondernemers het Duitse stelsel van onderlinge bedrijfstakgewijze verzekeringen van de grond te krijgen. In dit pakket was ook een ziekteverzekering opgenomen. Kuypers ambities mislukten.²⁷ In 1903 braken spoorwegstakingen uit, waardoor voor de behandeling van dit stelsel in het parlement te weinig tijd over zou blijven.²⁸ In ieder geval kwam men in de samenleving en in het parlement niet eens toe aan de behandeling van de materiële aspecten van de wetgeving, maar bleven de discussies beperkt tot technische meningsverschillen en kwesties als de verantwoordelijkheid voor de uitvoeringsorganisatie.

De belangrijkste wetgeving voor de arbeidersbescherming is in deze tijd de Wet op het Arbeidscontract van 1907. Hoewel deze wet formeel slechts een wijziging van het Burgerlijk Wetboek was, werden elementen uit het arbeidscontract dwingend voorgeschreven.²⁹ De kantonrechter kreeg ruime bevoegdheden bij de toepassing der wetsbepalingen en het beoordelen van arbeidsovereenkomsten, en de CAO kreeg een wettelijke status. Een onverwacht effect was de verplichte regeling van de ziektekostenverzekering van dienstbodes en inwonende arbeiders. Dit was de eerste keer dat een ziekteverzekering wettelijk werd voorgeschreven, zij het dat de wetgever vergeten was aan te geven hoe; een reden voor flinke discussies tussen overheid, artsen en ziekenfondsen.

Wat betekenden industrialisatie, kiesrechtuitbreiding en sociale wetgeving uiteindelijk voor onze timmerman? Zijn directeur had al kiesrecht en was niet afhankelijk van armenzorg of sociale wetgeving voor levensonderhoud in tijden van crisis. Diens levensomstandigheden konden alleen maar verbeteren.

De loonstijging van 1850 tot 1914 was 50-70%.³⁰ Deze loongroei was ongelijk verdeeld. De timmerman bleef gemiddeld f 7 - f 10 per week verdienen.³¹ Hij bleef minvermogend. Zijn reëel besteedbaar inkomen groeide wel. Na 1880 daalden de prijzen van levensmiddelen en kleding.³² Zijn kansen om opzichter of voorman te worden waren wel wat groter geworden. Door de schaalvergroting in de nijverheid waren de mogelijkheden voor de individuele positieverbeteringen wat gegroeid. In dat geval kon hij misschien een huis huren in de nieuwe stadswijken, die na 1870 overal gebouwd werden, zijn gezin beter en gevarieerder voeden en nette kleding verschaffen. Hij verzekerde zich van medische zorg door aansluiting bij een ziekenfonds.

Voor het grootste deel van de groep loonarbeiders veranderde er echter weinig. Hun woonsituatie bleef slecht: slechte behuizing, geen riolering en te hoge huren. Het voedingspatroon wijzigde ook niet. Werkloosheid, ziekte en ouderdom van de kostwinners betekenden voor hen en hun gezinnen interen op bezit, de lommerd, schulden of de liefdadigheid van de Kerk of de armenzorg van de gemeente.³³ Als zij geen recht hadden op geneeskundige verzorging door de armenzorg, dan konden zij die alleen krijgen door verzekering bij een ziekenfonds waarvan ze de premie met moeite konden betalen. Lotsverbetering was alleen maar mogelijk door collectief optreden: als vakorganisatie tegenover de werkgevers voor loononderhandelingen en door het oprichten van coöperatieve organisaties voor ziektekostenverzekering, huisvesting, levensmiddelenvoorziening en onderwijs voor verbetering van de dagelijkse leefomstandigheden.

Na 1890 werden deze organisaties belangrijker: ook hier speelde de schaalvergroting van de samenleving een rol. De arbeiders trachtten hun lot collectief te verbeteren, weliswaar grotendeels volgens de lijnen van de verzuiling, maar het zelfbewustzijn als groep was langzaam groeiende. Het onderscheid tussen arbeider en onvermogene, tussen arme en werkende nam toe. De arbeider bleef minvermogend, maar zijn besteedbaar inkomen groeide. Door de wisselwerking van sociale onrust en kiesrechtuitbreiding werd hij als stemmer interessant voor liberale en confessionele politici, hetgeen aanleiding was voor de landelijke politiek om aarzelend met sociale wetgeving te beginnen. Bijvoorbeeld de ziekteverzekering.

1.2 De verzekering van de geneeskundige zorg

De vraag naar medische zorg betekende voor de negentiende-eeuwer drie dingen: hoe betaal ik de dokter, de medicijnen en hoe voorzie ik in mijn inkomsten tijdens ziekte? Een onplezierige bijkomstige vraag was vaak 'hoe betaal ik de begrafenisondernemer', want ziekte en dood waren door de stand van de medische wetenschap en de plaatselijke, vaak hygiënisch gebrekkige omstandigheden onverbreekelijk verbonden.³⁴

De consument en zijn financiële mogelijkheden

Bij het aanbod van de zorg had hij als consument te maken met de dokter, de apotheker en in mindere mate een zieken- of verpleeginrichting. De manier waarop hij invloed op dit aanbod kon uitoefenen was in zijn keuze van de arts. Het aanbod aan en de soorten in artsen waren in de negentiende eeuw wisselend. Vooral in de eerste helft van de eeuw kon hij, als hij in de stad woonde en afhankelijk van zijn financiële middelen, kiezen uit diverse categorieën als doctores medicinae, chirurgiae of obstetricae artis, heelmeeesters, oogmeesters, vroedmeesters en tandmeesters.³⁵ Op het platteland waren de mogelijkheden vaak beperkt tot één man, de plattelandsheelmeeester.

De manier waarop hij zijn zorg financierde, hing af van zijn maatschappelijk status: was hij onvermogen of arm, minvermogen of beschikte hij over geld? Als hij vermogen was, dan betaalde hij zelf de arts en de medicijnen. De particulier betalenden waren voor de arts de meest winstgevendende groep in zijn praktijk. Door het inkomen uit de particuliere praktijk kon hij ook aandacht schenken aan onvermogen en minvermogen patiënten.³⁶

Voor de particuliere praktijk werden regionaal tarieven vastgesteld, waar de artsen niet veel van afweken. Deze normen moesten op last van de overheid worden vastgesteld om als voorschrift voor de rechter te dienen in geval van een geschil met de patiënt.³⁷ Deze tarieven werden door de meeste artsen gevolgd en in de hele eeuw maar zelden aangepast.

In de provincie Utrecht waren ze op 18 augustus 1821 door Gedeputeerde Staten vastgesteld.³⁸ Op 10 april 1874 besloten de artsen, regionaal verenigd in de afdeling Utrecht van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de NMG, dat deze officiële tarieven uit 1821 te laag waren voor de honorering van een goede geneeskundige behandeling.³⁹ Volgens de Wet betreffende de uitoefening der Geneeskunst van 1 juni 1865 kon de afdeling zelf haar prijzen bepalen. De afdelingen Rotterdam, Amsterdam, Haarlem en Deventer waren de afdeling Utrecht daarin al voorgegaan. De NMG-tarieven werden gekoppeld aan de soort verrichting en het belastingtarief, dat de patiënt betaalde om te mogen stemmen.⁴⁰ De tariefsverhoging vormde voor het particuliere publiek kennelijk geen probleem, want de afdeling kreeg geen protesten te horen.

Als de patiënt niet vermogen genoeg was om de zorg zelf te betalen, dan had hij twee mogelijkheden: lid worden van een ziektekostenverzekering of aankloppen bij de geneeskundige armenzorg. De geneeskundige armenzorg was een onderdeel van de armenzorg, vastgelegd in de Armenwet van 1854. De armenzorg was lokaal georganiseerd. De ideologie was die der filantropie, naastenliefde. De verzorging bestond uit uitkeringen in natura: bedeling.

De periode 1813-1854 was voor de armenzorg een moeilijke tijd. De fondsen van de armenzorg, zowel van de kerkelijke als die van de lokale overheden, waren in de Franse tijd door de toegenomen armoede, krappere subsidies en het wegvallen van inkomstenbronnen sterk verminderd. Bovendien bemoeide de regering zich intensief met het doen en laten van de armbesturen, waardoor het principe van de vrijheid der bedeling door de kerkgenootschappen in gevaar kwam.

Dit veranderde in de Armenwet van 1854. De armen konden alleen bedeling krijgen van het openbaar armbestuur als er sprake was van volstrekte onvermijdelijkheid, indien de behoeftige bij geen enkel kerkgenootschap kon aankloppen.⁴¹ Het principe was dat der verzuiling: liefst de gehele onderstand bij de kerkelijke armbesturen onderbrengen om de liefdadigheid te versterken en de morele stand van de onvermogenen te verhogen.⁴²

De bevoegdheden van de armbesturen werden uitgebreid, maar hun financiën verbeterden niet. Rond 1880 droegen in de meeste steden de Hervormde diaconieën deze taken op het gebied van de medische armenzorg over aan de gemeentelijke overheden. De redenen waren overal dezelfde. Men raakte in financiële problemen en wilde van de lastige geneeskundige diensten af.⁴³ De meeste gemeentes waren hier ook wel toe bereid. Verstrekking van medische armenzorg door de overheid werd langzamerhand een specifieke taak van de gemeentelijke overheid gevonden en de verstrekkingenpakketten en de kwaliteit van de gemeentelijke medische zorg werden langzaam uitgebreid. Door de samenhangende kostenstijgingen en de noodzaak tot modernisering van deze

diensten werd de geneeskundige zorg overal overgeheveld van de burgerlijke armbesturen naar de nieuwe Gemeentelijke Geneeskundige Diensten. De geneeskundige verzorging van de onvermogene was hierdoor van een gegarandeerde kwaliteit.

De vermogende betaalde zijn geneeskundige behandeling zelf. De onvermogene kon een beroep doen op de armenzorg. De minvermogene, zoals de timmerman uit het vorige hoofdstuk met zijn inkomen van 7 per week, viel tussen de wal en het schip: feitelijk kon hij de medische verzorging voor zichzelf en zijn gezin niet zelf betalen, maar hij verdiende teveel om in aanmerking te komen voor onderstand. In Utrecht verdiende hij in 1874 te weinig om het laagste particuliere tarief te kunnen betalen.⁴⁴ In 1847 wordt de timmerman in de eerste statuten van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam aangeduid als lid van een *bepaalde klasse van menschen waartoe gerekend worden te behoren allen, die zich niet bij de armenpatiënten willen voegen en niet bemiddeld genoeg zijn om de uitgaven, door ziekte veroorzaakt, te dragen*. In 1852 wordt deze beschrijving wat nauwkeuriger: *die in den regel door geen armbestuur wordt bedeed en toch veelal buiten staat is om uit eigene middelen behoorlijk in de behoeften, door ziekten veroorzaakt, te voorzien; met name de ambachtsman die op dag- of weekgeld werkt, de dienstbare stand, en zij wier maatschappelijke toestand met de genoemde overeenkomt*.⁴⁵ Om toch in zijn medische verzorging te voorzien, kon hij deelnemen aan een vrijwillig collectief arrangement: het ziekenfonds of, met de meer contemporaine term, de ziekenbus.

De verzekering van de zorg; het aanbod

Deze ziektekostenverzekering bestond uitsluitend uit particuliere arrangementen. Rond 1820 waren de mogelijkheden tot verzekering nog vrij beperkt.

Op het platteland bestonden nauwelijks bussen. In de provincie Utrecht waren dit bijvoorbeeld:⁴⁶

- de Bus van Tienhoven en Oud-Maarsseveen, opgericht op 13 oktober 1785. Dit was een onderling fonds, beheerd door een bestuur. Dit bestuur, busmeesters genoemd, werd gekozen door de leden. De gemeente hield toezicht op het financiële reilen en zeilen van de bus. De leden verzekerden zich voor hulp van de dokter van Tienhoven en Oud-Maarsseveen, die ook de medicijnen verzorgde. De hoofdverzekerden kregen bij langduriger ziekte een uitkering van 2,50, later 5 per week.⁴⁷ Bij overlijden werd een begrafenisgeld uitgekeerd en een graf in de kerk van Tienhoven verzorgd. Het fonds bestond nog in 1931.

- de Onderlinge Mannen Zieken- en Begraveniskas te Westbroek en Achttienhoven, gesticht op 1 januari 1807. Het verstrekkingenpakket hield artsenhulp, zieken- en begrafenisgeld in. Het ledental groeide van 82 in 1827 naar 168 in 1860.⁴⁸

- de Bus tot onderlinge steun bij ziekte te Zuilen, vermoedelijk gefundeerd in 1826. De bus voorzag in: doktershulp, medicijnen, zieken- en begrafenisgeld. Het fonds had gemiddeld 60 leden. Na 1895 is het opgeheven.

- de bus van Nieuw Loosdrecht. In 1876 konden de leden medicijnen, een vrije begrafenis of begrafenisgeld krijgen.

- de bus van Oud Loosdrecht. Deze bestond al voor 1820 en verzekerde voor geneeskundige hulp, geneesmiddelen en de begrafenis. Vooral van dit laatste werd veel werk gemaakt. De bus verzorgde de doodskist, het doodshemd, een zwart kleed voor over de kist, dragers en een halve ton zes guldenbier. De nabestaanden kregen nog een uitkering. Alleen de leden van de Hervormde gemeente konden lid worden.

- het Onderling Verplegingsfonds van de werklieden in de Baarnse Inlandsche Tapijfabriek. De arbeiders betaalden vijf procent van hun loon als premie. In 1827 waren 127 arbeiders lid. Zij kregen geneeskundige hulp, medicijnen en ziekingeld.

Dit laatste ziekenfonds was een bedrijfsfonds, geleid door de directie. De overige fondsen waren van het onderlinge type: ze werden beheerd door de leden. Blijkbaar voldeed deze organisatievorm in deze dorpen, want hij bleef tot na 1900 feitelijk onveranderd.

In de steden was de situatie anders. De solidariteitsfondsen van de vroegere gilden functioneerden nog steeds als instellingen voor sociale zekerheid; sinds 1750 schreven ze ook niet-gildeleden in.⁴⁹ In Amersfoort verstrekten de acht bussen, die na de Franse tijd waren overgebleven, begrafenisgeld.⁵⁰ In Utrecht bestonden nog 15 bussen. Deze hadden al voor de omwenteling van 1795 geen formele binding met de gilden meer.⁵¹ De besturen van deze bussen, de busmeesters, werden door B & W benoemd. Deze instellingen hadden een lang leven: de Kledemakersbegravenisbus bestond van 1733 tot 1932. Dit type bussen verschaft hoofdzakelijk zieken- en begrafenisgeld.

Als de timmerman een uitgebreidere verzekering wilde dan deze bussen over het algemeen verstrekten, kon hij terecht bij een van de particuliere verzekeringsmaatschappijen of Sociëteiten, die

na 1750 steeds meer werden opgericht. In tegenstelling tot de gildebussen, die op meer coöperatieve of onderlinge leest waren geschoeid, werden deze ondernemingen opgericht door particuliere ondernemers, soms door geneeskundigen en apothekers, met als doelgroep de minvermogenden. Het was niet altijd de bedoeling dat dit winstbeogende maatschappijen zouden zijn. Vooral in het begin van de negentiende eeuw waren dit nog min of meer filantropische instellingen. Een voorbeeld was de in 1804 door drie ondernemers in Schiedam gestichtte Sociëteit Tot Zinspreuk voerende: TOT ALGEMEEN WELZIJN OPGERICHT, opgericht als fonds zonder winstoogmerk.⁵² In dezelfde plaats werden van 1819 tot 1835 zes sociëteiten gesticht, alle op onderlinge grondslag met financieel belangeloze besturen. Het eerste fonds uit 1819, de Maatschappij ter verzorging van genees- en heelkundige behandeling en begraafniskosten onder de zinspreuk 'Nut en Voorzorg', was een initiatief van een apotheker, Jacob van der Schalk. Dit type instellingen voorzag in zieken- en begrafenisgeld en zorg door een heel- of geneeskundige tegen een premie van gemiddeld 10 cent per week per gezinshoofd. Het waren organisaties voor de lokale markt. Alleen begrafenisbussen werkten soms landelijk als levensverzekeringsmaatschappijen, met name na 1830.⁵³ De activiteiten van deze filantropische ziekenbussen waren plaatsgebonden door de afhankelijkheid van de plaatselijke geneeskundigen en apothekers, die hun invloed uitoefenden op de directies van de fondsen. Onder de paraplu van de belangrijkste landelijke filantropische organisatie, de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen, werden door plaatselijke afdelingen ziekenfondsen opgericht. Dit werd geen landelijke ziekenfondsorganisatie, want de Nutsfondsen bleven zelfstandige fondsen, verbonden aan de plaatselijk Nutsafdeling.

De zieken- en begrafenisbussen en de overheid

De landelijke overheid trachtte in 1827 en 1828 een overzicht te krijgen van de zieken- en begrafenisbussen.⁵⁴ Op 7 juli 1827 stuurde het Ministerie van Binnenlandse Zaken een brief naar de provincies met het verzoek hiervan lijsten op te maken. Dit was min of meer het eigen initiatief van het hoofd van de afdeling Policie en Armwezen, Prévinaire.

Prévinaire's doel was inzicht te krijgen in de effectiviteit van deze organisaties als middel tegen de armoede. De gegevens van de zieken- en begrafenisbussen moesten worden opgenomen in het landelijk Armverslag. In de noordelijke provincies werden 315 bussen geteld, met totaal 70.000 leden. Volgens Prévinaire was het nodig dat de bussen onder toezicht van de overheid gesteld werden. De reglementen moesten worden vernieuwd. Meestal ontbrak een gezonde actuariële grondslag, waardoor de uitkeringen van de leden in gevaar konden komen. Bij diverse sociëteiten, zoals de ondernemersfondsen, waren de stichters meer geïnteresseerd in hun eigen belang dan in het belang van hun cliënten. Hij was wel van mening dat deze organisaties, mits goed georganiseerd, belangrijk waren voor de armoedebestrijding. Andere middelen, die hierbij tegelijk gebruikt konden worden, waren spaarbanken en weduwen- en wezenbussen om de vorming van kapitaal te bevorderen en te voorzien in inkomen bij het overlijden van het gezinshoofd.

De Staat had in het belang van de lagere klassen de plicht de bussen te controleren, want deze groepen waren niet staat om de betrouwbaarheid van deze instellingen te beoordelen.⁵⁵ De minister van Financiën was het hier echter niet mee eens: overheidsingrijpen zou de groei juist beperken en de overheidsuitgaven doen stijgen, omdat subsidiëring onvermijdelijk was.

Het initiatief van Prévinaire had geen gevolgen. Het verdween in de la, omdat de overheid door de afscheiding van de Zuidelijke Nederlanden andere prioriteiten had.

De zieken- en begrafenisbussen; organisatie en kwaliteiten

De bussen hadden ieder hun eigen bestuursvorm: zelfbenoemde directeuren bij de ondernemersfondsen, door de leden gekozen besturen bij de onderlinge bussen of besturen met een beperkte zelfstandigheid bij de filantropische fondsen. Het was een wirwar van premies, uitkeringen, juridische constructies en plaatselijke belangen. De invloed van de verzekerden kon bij de kleinschalige voormalige onderlinge gildebussen nog van betekenis zijn. Daar was nog sprake van overheidsregulering, omdat de stadsregeringen vaak de rekeningen controleerden en de besturen benoemden.

De invloed van de leden bij de nieuw opgerichte sociëteiten was vaak beperkter of niet aanwezig. Bij de onderlinge fondsen werden directies soms benoemd door een bestuur, gekozen door de leden of benoemd door commissarissen. Deze besturen waren soms topzwaar, blijkbaar gaf een dergelijke functie aanzien. In Schiedam bestond de leiding van een ziekenfonds van 200 leden uit zeven leden en zes commissarissen.⁵⁶ Deze organisaties controleerden zichzelf. De rekeningen werden door het bestuur, door commissarissen of tijdens de ledenvergaderingen afgehoord. Het waren in deze tijd

kleine primitieve instellingen; als zij 200 leden hadden waren zij al groot. Met premies van gemiddeld tien cent per week waren de inkomsten laag en was reservevorming nauwelijks mogelijk. Als de reserve boven een bepaalde norm kwam, werd ze meestal nog onder de leden verdeeld.

In de ondernemersfondsen hadden de leden nauwelijks invloed. Regulering voor de oprichting van verzekeringsmaatschappijen ontbrak. Iedereen kon voor zichzelf een onderneming beginnen, zonder te moeten beschikken over kapitaal. De oprichter-eigenaar betaalde de uitkeringen direct uit de ingekomen premies. De opbouw van reserves kwam pas, nadat hij in zijn eigen inkomen had voorzien. Dit haalde hij gewoon van de rekening of uit de kas. Soms vulde hij dit aan met inkomsten uit de verplichte koop van reglementen door de leden of op door de honoraria van artsen en apothekers te korten. Soms werden deze ondernemersfondsen als onderlinge instellingen opgericht met regels over ledenvergaderingen, maar in de praktijk waren het privé-ondernemingen. De directies regelden meestal hun eigen opvolging. Over het algemeen legden zij wel enige verantwoordelijkheid af in de vorm van gepubliceerde rekeningen.⁵⁷

Geen enkel fonds, onderling of commercieel, was gebaseerd op actuariële principes. De meeste waren potentieel insolvent, zoals gebleken was tijdens een grote epidemie in de periode 1826-1827. Met grotere uitkeringen werd dan geen rekening gehouden. De uitkeringen werden dan vaak verlaagd, gestopt, of het fonds ging failliet. Bij de ondernemingsfondsen kon de directeur met de noorderzon en de kas vertrekken. Een risicoanalyse was bij de vaak gebruikte combinatie van zieken- en begrafenisfondsen onmogelijk. Deze moesten voor een gezonde bedrijfsvoering worden gescheiden, want het overlijdensrisico was wel te berekenen, het ziekterisico niet. Dit laatste hing te veel af van epidemieën. Het principe van de *Karenz-zeit* of wachttijd voor de uitkering van verstrekking werd weinig toegepast. De leden konden direct een beroep doen op hun rechten. Familieleiden konden hun ouders of kinderen soms bij een begrafenisfonds aanmelden als ze op sterven lagen. Dit was handig voor de uitkering, maar slecht voor de reservevorming.

Overheidstoezicht zou weinig helpen. De overheid had noch de kennis noch de middelen voor controle en regulering. Prévinaire probeerde in 1830 de begrafenis-, zieken-, weduwen- en wezenbussen bij Koninklijk Besluit te regelen door ze onder te brengen bij de regeling op de levensverzekering, maar Van Maanen, de minister van Justitie, vond dit niet wenselijk. Hij was van mening dat deze private instellingen in tijden van onrust en narigheid goed werkten als instellingen van sociale zorg voor de minvermogende klassen, en regelgeving zou dit maar verstoren. De minvermogenden zouden het vertrouwen verliezen en de continuïteit van de fondsen zou in gevaar komen. Omdat begrafenis- en ziekenfondsen vrijwel één waren, moesten de begrafenisbussen ook maar buiten het KB blijven. De Raad van State was van mening dat de betreffende instellingen de belangen van het lagere volk niet schaadden, want zij betekenden ondanks alle gebreken reservebuffers in tijden van ziekte en dood.⁵⁸ Koning Willem I volgde het advies van Van Maanen, en de door Prévinaire gewenste wetgeving kwam er niet.

In dit KB werd wel bepaald dat bestaande en op te richten maatschappijen en fondsen voor levensverzekering door de overheid moesten worden goedgekeurd, maar instellingen die alleen het verschaffen van genees- en heelkundige hulp en begrafenisuitkeringen ten doel hadden, werden uitgesloten⁵⁹. In andere KB's uit de periode 1833-1845, bedoeld om de oprichting en het functioneren van levensverzekeringbedrijven aan banden te leggen, werden de zieken- en begrafenisfondsen nadrukkelijk uitgezonderd.⁶⁰ In 1845 kwam er alleen beperkte regelgeving voor een bepaald type begrafenisverzekering.

De landelijke overheid ging door met de verzameling van gegevens van de administraties van de zieken- en begrafenisbussen, maar zij deed er verder weinig mee. Een schamele blijk van betrokkenheid was een noot in een rapport uit 1841 van een staatscommissie, die zich bezighield met de voorbereiding van wetgeving op het gebied van de geneeskundige politie en medische beroepsuitoefening: [...] *aan te dringen [...] eene hervorming in de zoogenaamde ziekenbussen, welke thans zoo ongelijkmatig werkende en vaak zoo nadeelig voor diezelfde klasse van menschen zijn, welke zij niet behoorden aan te brengen en welker reglementen het noodig zoude zijn, gelijk men zulks voor lijfrente en weduwenfondsen gedaan heeft, aan de goedkeuring der regeering te onderwerpen.*⁶¹ Hetgeen voor kennisgeving werd aangenomen.

De ontwerp-ziektewet van Kuyper uit 1901 was pas de eerstvolgende serieuze poging om de zorgverzekering van de minvermogende Nederlander een wettelijke basis te geven. Voorlopig moesten de deelnemers in het veld van de gezondheidszorg het maar uitzoeken: de medische wereld, de directeuren van de ondernemersfondsen, de particuliere organisaties die sociale zorg verleenden en in beperkte mate de verzekerden zelf.

De minvermogende als marktpartij

De timmerman kon zich in zijn woonplaats naar vrije keuze aansluiten bij een plaatselijk ziekenfonds. Hij maakte zich er niet druk om of de regering zich bezighield met de kwaliteit van de organisatie van de bus of het geleverde product: de zorg door een medicus of de betaling ervan en de uitkering tijdens langdurige ziekte en bij een begrafenis. Hij koos om persoonlijke redenen voor een fonds:

- de hoogte van de premie. De premies verschilden per fonds in hoogte en samenstelling. De gemiddelde premie per week was 10 cent voor een volwassene. Vaak werd er een gezinspremie geheven, betaalden bejaarden een apart tarief, of waren kinderen tot 14 of 18 jaar vrij meeverzekerd. Aangezien de timmerman geen of een zeer klein vrij besteedbaar deel van zijn weekgeld van 7 overhield, telde iedere cent die hij op de premie uitspaarde. Mensen veranderden daarom soms snel van fonds.⁶²

- de werkwijzen van de bodes, met name van de bodes van de ondernemersfondsen. Deze overtuigden, ronselden of maakten mensen onvrijwillig lid. De manier waarop bodes hun praktijken uitoefenden, is vaak stof voor schitterende en droevige verhalen. Zij schoten soms de contributie per week voor, waardoor zij hun clientèle aan zich verplichtten en dus aan het fonds dat hij vertegenwoordigde.

- gezinsafkomst. Families bleven generaties lid van hetzelfde fonds.⁶³

- de buurt waar een ziekenfonds gevestigd was.⁶⁴

- de arts. Patiënten veranderden van fonds als een arts met een ander fonds een overeenkomst sloot. Een veelgehoorde klacht van artsen waren de eisen, die minvermogenden stelden aan hun behandeling. Als deze hun niet beviel liepen zij nog wel eens naar een arts die verbonden was aan een ander fonds.

Deze motieven voor de keuze van een fonds waren individueel. Met de verzuiling en de groei van de arbeidersbeweging werden collectieve motieven belangrijker. Na 1890 begon de bloei van de confessionele en socialistische arbeidersfondsen. Met hun groeiend ledental en maatschappelijke invloed werden deze voor de andere marktpartij, de medische beroepsgroep, interessant. De groep verzekerden groeide gestaag. Volgens gepubliceerde gegevens was in 1827 2,25% van de ongeveer 2.500.000 Nederlanders bij een fonds verzekerd, de bevolking van de stad Amsterdam niet meegerekend. In 1879 is dit 15,86% bij een bevolkingsgrootte van 4.511.415, een groei tot ± 715.510 leden.⁶⁵ Aangezien de verzekeringsgraad in de steden het grootst was, vielen daar de eerste pogingen tot het stellen van orde op zaken bij de bussen te verwachten.⁶⁶ Deze kwamen van de zorgaanbieders, de medische stand.

Professionalisering en collectivisering: medici in de negentiende eeuw

De positie van de medische stand wordt tot in de huidige tijd op West-Europees niveau bepaald door vier factoren:⁶⁷

- een vestigingsstrijd, gevoerd door de medici met de overheid en de maatschappij;

- de opkomst van ziekenhuizen als wetenschappelijke opleidings- en behandelingsinstellingen;

- de vestiging van openbare gezondheidsdiensten ter voorkoming en behandeling van besmettelijke ziekten;

- de ontwikkeling van de sociale verzekeringswetgeving en de ontwikkeling van ziekenfondsen.

Deze ontwikkelingen maakten de groei van de medische praktijk en het medisch onderzoek mogelijk. De centra van deze ontwikkelingen lagen bij universiteiten en academische ziekenhuizen. Voornamelijk artsen en hoogleraren trachtten rond 1850 voor het gehele medische beroep regelingen te treffen voor het vaststellen van tarieven, de uitsluiting van niet-bevoegde beroepsuitoefenaren en wetten aangenomen te krijgen voor de openbare vaststelling van medische bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

In Nederland werd de belangrijkste stap in de collectivisering gezet door de medische stand zelf met de oprichting van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst, de NMG, in 1849. Het hoofddoel van de Maatschappij was *het handhaven der belangen en der waardigheid van den geneeskundigen stand en de beoefening en uitbreiding der Geneeskundige wetenschappen*.⁶⁸ De organisatie bestond uit autonome plaatselijke en regionale afdelingen en een algemene afdeling.

Van 1825 tot 1864 was het aantal geneeskundigen met 41% gegroeid, terwijl de bevolking minder snel toenam.⁶⁹ Het gevolg was een daling van hun inkomen, tot schade van het aanzien van de medische stand. Zelfs aanzienlijke hoogleraren gingen voor hun klantenkring op de knieën. De bekende professor Rovius schreef min of meer op de gok een joffer in haar buitenverblijf te Amerongen achter haar kamerscherm bloedzuigers en een drankje voor. Hij had geluk, want zij had

er baat bij en benoemde hem tot haar lijfarts.⁷⁰ Financiële afhankelijkheid ging gepaard met technische afhankelijkheid inzake diagnose en therapie en dat was menig hoogstaand medicus een doorn in het oog.

Een van de belangrijkste doelstellingen van de NMG was daarom verbetering van de wetgeving op geneeskundig gebied. Bij de NMG en de regering liepen de politieke en maatschappelijke standpunten uiteen met uitvoerige discussies en polemieken als gevolg. Uiteindelijk wist Thorbecke in 1865 met de Geneeskundige Staatsregeling de opleiding in en de uitoefening van het medisch beroep bij wet te regelen. Hij hanteerde het principe van zijn Gemeentewet van 1851, waarbij de lokale belangen het beste op plaatselijk niveau konden worden beoordeeld.⁷¹ De gemeente had het beste inzicht en de middelen om op haar territorium de belangen van de volksgezondheid te behartigen, een taak die na een lang proces de regeling van de geneeskundige armenzorg en de oprichting van de GGD's tot gevolg had.

De wet bestond uit vier onderdelen, waarvan er twee luiden: 'regelende de uitoefening der geneeskunst' en 'regelende de uitoefening der artsnijbereidkunst'. Door deze regelingen verdween de differentiatie in de medische beroepsstructuur, zoals die sinds de vorige wet uit 1818 had bestaan.⁷² Er bestond nog slechts één erkenning: die van de universitair geschoolde algemeen arts en de apotheker. In de praktijk was het verschil tussen verschillende groepen als heelkundigen en medicinae doctores al kleiner geworden, omdat ze in feite dezelfde handelingen verrichtten. Het specialisme bestond nog niet.

In deze wet werd ook de scheiding tussen artsen, apothekers en overheid vastgelegd. Volgens de Memorie van Toelichting op de wet uit 1862 dienden de geneeskundige ambtenaren, die belast werden met het toezicht op de uitoefening van de wet *niet te besturen, maar te onderzoeken, waar en waardoor de volksgezondheid nadeel lijdt*.⁷³ De arts en de apotheker waren verantwoordelijk voor de genezing van het zieke individu. Het voorkomen en beteugelen van ziekten, die gevaarlijk waren voor de gemeenschap en de universitaire opleiding van artsen en apothekers was het terrein van de Staat. De overheid zag erop toe dat de uitoefening van het medisch beroep niet in conflict kwam met het algemeen belang. De Staat bemoeide zich niet met de relatie arts-patiënt.⁷⁴ Dit betekende dus ook: geen overheidsbemoeienis met de financiële relatie consument-producent.

De wettelijk geregelde professionalisering van de medische stand had niet alleen de sanering van het aantal beroepen tot gevolg, maar ook de daling van het aantal medisch werkenden. De academische opleidingseisen maakten het voor velen onmogelijk nog medisch werkzaam te zijn. De door de Staat opgelegde regeling droeg dus niet alleen bij tot de wetenschappelijke verheffing van de geneeskunstbeoefenaar, maar ook tot een sociaal-economische opwaardering van het medisch beroep.⁷⁵ De voornaamste doelstellingen van de NMG waren hiermee gerealiseerd. De daling van het aantal gekwalificeerde artsen en apothekers werkte lang door en had voor de medische stand een voordeel: de concurrentie tussen de artsen was beperkt. In 1890 was het dieptepunt bereikt. Door de populariteit van de medische opleidingen steeg daarna het aantal studenten, waardoor rond 1900 de arbeidsmarkt verzadigd was en de concurrentie weer moordend werd.

De gelijkschakeling van de medische stand had voor de geneeskundige verzorging van het platteland en de armen en minvermogenden in de steden nadelige gevolgen. Door een uitsluitend universitaire opleiding waren de nieuwe medici meer gericht op de geneeskundige verzorging van de meergegoeden in de steden. Vroeger werd de geneeskundige zorg op het platteland grotendeels gerealiseerd door lager en meer praktisch geschoolde heelmeesters, terwijl de geneeskundige verzorging van de armen en minvermogenden in de steden ook meer voor rekening van heelmeesters kwam.⁷⁶ De plattelandsgemeenten begonnen een concurrentiestrijd in het zo aantrekkelijk mogelijk maken van de plattelandspraktijk door het verschaffen van woonvoorzieningen en gunstige vestigingsvoorwaarden.

De nieuwe geneeskundige wetgeving had ook verstrekkende gevolgen voor de geneesmiddelenvoorziening. De handel in reguliere geneesmiddelen was uitsluitend voorbehouden aan wetenschappelijk opgeleide apothekers. Deze hadden zich al voor de oprichting van de NMG in 1847 verenigd in de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie, de NMP.

De collectivisering en professionalisering van de medici liep niet volgens de lijnen der verzuiling. Confessie speelde nauwelijks een rol, maatschappelijke betrokkenheid wel.

Een belangrijke groep medici was die der hygiënisten. Deze artsen, voornamelijk liberalen, waren voorstanders van een uitgebreidere politiek op het gebied van de volksgezondheid dan Thorbecke wilde.⁷⁷ Zij legden de nadruk op verbetering van de openbare hygiëne en speelden als geneeskundig inspecteurs, benoemd volgens de nieuwe Geneeskundige Staatsregeling en als leden van de gemeenteraden een belangrijke rol in de discussies over de aanleg van waterleidingen en riolering in

de steden en dorpen als wapen in de strijd tegen de cholera. Door hun politieke en maatschappelijke activiteiten groeide het gezondheidsdebat in de periode 1850-1880 uit tot een nationale discussie over volksgezondheid. De liberalen konden concrete overheidsmaatregelen afwijzen, confessionelen konden de nadruk leggen op hun rechten door het principe van de soevereiniteit in eigen kring, maar een uniform gezondheidsbeleid werd de norm voor een beleid voor het gehele land en alle burgers.⁷⁸ De hygiënisten waren binnen de NMG tot 1890 het meest betrokken bij de problemen bij de armenzorg en de ziekenfondsen. Zij wilden een beter inkomen, een wettelijke regeling van de arbeidsvoorwaarden van de busdokters en een doelmatiger organisatie van de armenzorg. Volgens sommigen zou zelfs een verbeterde armenzorg geen oplossing bieden voor de gezondheidsproblemen, waarmee de samenleving te kampen had. De reorganisatie van de individueel gerichte geneeskundige hulp moest worden geplaatst in het kader van een alomvattend plan voor de hervorming van de gezondheidszorg.⁷⁹ Dit bleef een utopie. De hygiënisten werden rond 1890 opgevolgd door een tweede generatie maatschappelijk betrokken geneeskundigen, vooral sociaal-geneeskundigen, die haar ideologie ontleende aan maatschappelijk radicaal-liberale stromingen. Deze artsen waren voorstander van een verdergaand staatsingrijpen in de armenzorg en de ziekenfondspraktijk dan de NMG wenste. Door de hoge prijzen van de geneesmiddelen pleitten geneeskundig inspecteurs als J. Menno Huizinga voor staatsapotheken voor de voorziening in geneesmiddelen ten behoeve van de geneeskundige armenzorg. Menno Huizinga toonde zich voorstander van de inrichting van de gemeentelijke medische zorg met artsen, die uitsluitend als ambtenaar voor de overheid mochten werken. Hierbij zou de rijksoverheid dwingende voorschriften moeten opleggen aan gemeenten, die de geneeskundige wetten onvoldoende uitvoerden en artsen als rijksambtenaren moeten stationeren in plaatsen, waar geen geneeskundige zich vrijwillig wilde vestigen.⁸⁰ Zijn standpunt was te vooruitstrevend, de leden van de geneeskundige raden konden niet tot overeenstemming komen.

Artsen en fondsen: haat-liefde

Het aanzien van de medische stand werd behalve door wetgeving en vereniging ook bevorderd door de groei van de medische kennis in en na de tweede helft van de negentiende eeuw. Bekende voorbeelden zijn verbetering van de diagnostiek, de ontdekking van anti- en a-sepsis, de toepassing van narcose en de ontwikkeling van specialisaties als keel-, neus- en oorheelkunde, oogheelkunde en kindergeneeskunde. Behandelingen leverden steeds meer succes op, vooral in de particuliere praktijk.

Dit leverde voor de stand als collectief een dilemma op: de vrije markt kon de particuliere praktijk voor enkele aanzienlijke artsen grote winsten opleveren, terwijl de meerderheid van de collegae op het platteland en in de volksbuurten van de steden een matig tot gering inkomen had uit de armenzorg, de ziekenfondsen en wat de minvermogenden eventueel konden betalen.⁸¹

De vrije praktijk betekende een grotere autonomie voor de beroepsbeoefenaar. Collectieve arrangementen hielden voor de min- en onvermogende een betere garantie van rechten van die consumenten in. Aangezien op de markt nieuwkomende artsen hun praktijk moesten opbouwen en meestal na hun studie met een schuldenlast zaten, waren zij op de armenzorg en de ziekenfondsen aangewezen voor de opbouw van hun praktijk en in de voorziening van een inkomen.⁸² Bovendien vormden min- en onvermogenden gewoon de grootste groep medische consumenten en als leverancier van medische diensten kon die door de artsen niet worden genegeerd.

Naast broodwinning was naastzorg of filantropie voor de medicus een motief om te voorzien in de zorg voor de minder draagkrachtige medemens. In 1895 werd dit treffend omschreven: *Behoort het in het algemeen tot de roeping der geneesheeren de plichten te betrachten van humaniteit en van toewijding aan zijn dikwerf moeilijke taak, de fondsgeneesheer vindt hiertoe zeker buitengewoon groote gelegenheid.*⁸³ Deze filantropie was tevens de kern van het gewetensprobleem van de gevestigde arts om zich als medewerker te blijven verbinden aan een ondernemersfonds, waar de leden hoge premies betaalden en de arts een te lage honorering genoot: *De geneigdheid, om filantropie uit te oefenen, en de overtuiging, dat bij ontstentenis van een ziekenfonds de slechtst betalenden zich toch zullen blijven aanmelden zonder enige zekerheid van betaling aan te bieden, doen den geneesheer in den regel zulk een ziekenfonds steunen, schoon het zijn diensten niet naar eisch honoreert.*⁸⁴ Deze uitspraak uit 1890 impliceert onvrede van de medische stand met het functioneren van de ziekenfondsen.

Die onvrede was er altijd al en richtte zich tegen een type fonds: het ondernemers-, commerciële, exploitatie- of winstbeogende fonds waar een kleine directie de premies, de verstrekkingen en de honoraria vaststelde. De eerste officiële klachten tegen deze fondsen kwamen naar aanleiding van

een onderzoek van de plaatselijke Commissie van Geneeskundig Toezicht te Amsterdam, gedaan op verzoek van de minister van Binnenlandse Zaken in 1842. Met het rapport zelf werd niets gedaan.⁸⁵

De opmerkingen over de positie van de medewerkers waren karakteristiek: te grote praktijken voor de artsen en te lage honoraria voor de apothekers, waardoor geneesmiddelen vaak slecht bereid werden en de artsen de kwaliteit er niet van konden controleren. In Amsterdam waren ongeveer 60.000 mensen verzekerd bij 70 ziekenfondsen. Deze fondsen hadden niet meer dan enkele tientallen artsen in dienst.⁸⁶

Het advies van de onderzoekscommissie luidde: beperking van het aantal leden van de fondspraktijk en controle van de fondsen door een speciaal ingesteld toezicht.

Een pikant detail was dat de vergaderingen der bussen op zaterdag- en zondagavonden in wijnhuizen gehouden werden.⁸⁷ Zo hielpen fondsdirecteur en kroegbaas elkaar een handje.

Na vier jaar windstilte namen artsen en apothekers uit de Amsterdamse medische wereld op 26 oktober 1846 zelf het initiatief tot de oprichting van het Algemeen Ziekenfonds Amsterdam, het AZA. De uitgangspunten waren:

- vrije keuze van geneesheer, heelmeester en apotheker;
- ; waarborging van de kwaliteit van de recepten door honorering van de apothekers per recept.
- exclusivisme. Medewerkers van het AZA mochten niet voor andere fondsen werken.

Het fonds werd een groot succes. Enkele maanden na de oprichting was het op een na grootste fonds van Amsterdam. Het standaardpakket verstrekkingen bestond uit genees- en heelkundige hulp, kunst- en hulpmiddelen en vaccinaties. Het bestuur werd gevormd uit een commissie, gekozen uit de deelnemende geneeskundigen en een raad van toezicht, samengesteld door lokale notabelen.

En het fonds bleef een succes. Bij discussies over de inrichting van een goed functionerend ziekenfonds werd tot in 1895 verwezen naar het AZA.⁸⁸ Goed voorbeeld deed goed volgen. Goudse artsen richtten in 1857 een eigen ziekenfonds op, gericht tegen de speculatie van de plaatselijke ziekenfondsen.⁸⁹ Hun collegae in Rotterdam kwamen in 1859 met het Algemeen Ziekenfonds Rotterdam, het AZR. Het AZA, het Goudse fonds en het AZR waren de eerste van een nieuw type, door de medewerkers beheerde fondsen.

Bij de omschrijving van de doelstelling van het AZA werd voor de eerste maal het principe van de vrije artsenkeuze gedefinieerd: ter voorkoming van concurrentie konden alle lokale artsen en apothekers zich bij deze fondsen aansluiten en konden de ziekenfondsleden uit alle deelnemende medewerkers kiezen.⁹⁰ Door de instelling van een welstandsgrens werd de particuliere praktijk van de ziekenfondspraktijk afgeschermd en het inkomen uit de particuliere praktijk gegarandeerd.⁹¹ Twee van de belangrijkste pijlers van de latere NMG-ziekenfondsideologie waren daarmee opgericht. De relatie artsen-ziekenfondsen kreeg met het medewerkersfonds AZA in 1847 voor het eerst structureel vorm.

1.3 De NMG en de ziekenfondsen

De NMG had na haar oprichting in 1849 de handen vol aan de opbouw van de organisatie, de vurig verlangde wettelijke inrichting van het medisch beroep en de bemoeienissen met de volksgezondheid. De ziekenfondsverzekering was voor de artsorganisatie minder belangrijk. Dit veranderde langzaam.

De NMG en haar standpunt tegenover de ziekenfondsen tot 1890

De NMG had zich bij haar oprichting in 1849 niet uitgesproken over zieken- en begrafenisbussen, noch over een mogelijke relatie. De secretaris van de NMG, Ramaer, nam in zijn notulen van de oprichtingsvergadering alleen enkele mededelingen van twee afdelingen op over plaatselijke aangelegenheden.⁹²

Het onderwerp werd voor het eerst tijdens de Algemene Vergadering in 1850 door de afdeling Zutphen ter sprake gebracht. De artsen besloten te proberen door een landelijk onderzoek onder de afdelingen meer kennis over de ziekenfondsen te krijgen, maar dit leverde weinig resultaten op. Er werd alleen opgemerkt dat sommige bussen leden hadden die er, gezien hun inkomen, niet hoorden en dat van verbetering van de financiële positie der bussen niet veel te verwachten was.⁹³ In 1853 werd met het onderzoek gestopt, want het bleek onmogelijk statistisch betrouwbaar materiaal te verzamelen en van de regering viel weinig medewerking te verwachten.

Tijdens de Algemene Vergadering van de NMG op 22 en 23 juni 1864 werd opnieuw een voorstel gedaan om de regering te vragen toezicht uit te oefenen op *de kleinere inrigtingen, welke den burgerman begrafenis-, ziekengeld enz. verzekeren* om ze te dwingen jaarlijks overzichten te leveren voor statistische verwerking.⁹⁴ De regering stelde aan grotere levensverzekeringsmaatschappijen wel eisen.⁹⁵ De tijd was rijp. De discussies over de nieuwe geneeskundige wetgeving werden overal gevoerd en misschien hapte de regering-Thorbecke toe.

De president Meursinge en de secretaris Zeeman schreven namens de vergadering aan de minister van Binnenlandse Zaken op 30 november 1864 een brief, waarin zij de voornaamste grieven van de artsen over deze instellingen verwoordden:⁹⁶

- gebrekkige administraties, zonder scheiding der kassen van begrafenis- en ziekengelden;
- ontoereikende bedragen voor de beloofde en de te verstrekken uitkeringen;
- te hoge winsten voor de door hen verleende diensten;
- gebrekkige actuariële grondslagen.

Thorbecke antwoordde op 31 december 1864 met een korte brief. Volgens hem was het niet nodig zieken- en begrafenisbussen als particuliere instellingen onder regeringstoezicht te stellen.⁹⁷ Deze kous was af.

Het onderwerp ziekenfondsen dook incidenteel op. De afdeling Twente stelde in 1871 opnieuw een nieuw onderzoek voor, maar kreeg hierop alleen maar lauwe reacties.⁹⁸ In 1888 verzocht de afdeling 's-Gravenhage een nieuw adres aan de regering te richten voor zowel de instelling van toezicht als voor een wettelijke regeling van het ziekenfondswezen.⁹⁹ De afdeling Friesland voegde hieraan het verzoek toe een commissie te benoemen, die een rapport voor verbeteringen moest uitbrengen. Deze commissie diende te bestaan uit een geneeskundige, een jurist en een mathematicus om als multidisciplinair team goede resultaten te verkrijgen. De Maatschappij tot Nut van 't Algemeen was in deze tijd ook bezig met een onderzoek en de rapportage daarvan kon dienen als statistische ondergrond voor de commissie van de NMG, die nog in 1888 met haar werk begon.

J. Menno Huizinga deelde in 1889 als rapporteur van de commissie mee te willen samenwerken met de Nutscommissie.¹⁰⁰ Hij beperkte zich bij zijn rapportage in 1890 tot een theoretisch betoog over de nadelen van de exploitatiefondsen en de voordelen van de doktersbussen en algemene fondsen.¹⁰¹ Menno Huizinga loofde de fondsen, opgericht door de belanghebbenden. Hij definieerde enkele voorwaarden waar een kwalitatief goed fonds aan diende te voldoen:

- regiovorming. Ieder fonds diende in een eigen vastgesteld gebied te werken, zonder concurrentie van andere fondsen. Het thema van de regionalisatie van de ziekenfondsverzekering werd hiermee voor de eerste maal aangeroerd;
- de praktijk van de arts behoorde te worden vastgesteld aan de hand van het werkgebied van het fonds;
- vaststelling van een welstandsgrens.

Volgens Menno Huizinga beschouwden de dokters hun eigen doktersfondsen hoofdzakelijk als een middel *om van de minder solieden onder de minvermogenden nog eenige betaling te erlangen, en om aan den anderen kant den meer oppassenden onder hen nog eenige tegemoetkoming te verleenen.*

[...] *Niet te miskennen valt het echter aan den toon, dien de meeste geneesheeren ten opzichte van hun fonds aanslaan, dat zij het beschouwen als een pis aller.* Deze opmerking was voor rekening van de spreker, want hij kreeg veel kwade reacties. Op de bevindingen van deze commissie werd verder niet gereageerd.

Eigenlijk had Menno Huizinga wel gelijk. In 1892 deed het bestuur van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen schriftelijk haar beklag over het gebrek aan medewerking bij haar onderzoek.¹⁰² Van de 627 geneesheren, die waren aangeschreven in plaatsen waar 't Nut geen fonds had, bleken na twee verzoeken er maar 160 te hebben gereageerd. Het Nutsonderzoek dreigde stuk te lopen op de doktersfondsen.

De NMG bleek tot 1890 wel betrokken bij de zorgverzekering der minvermogenden, zij het dat de spaarzame blijken daarvan werden getoond op initiatief van de afdelingen. De Maatschappij was voorstander van een zekere mate van overheidscontrole op de zieken- en begrafenisfondsen ter bescherming van de medici en de verzekerden. De NMG vond dat de ziekenfondsen voornamelijk filantropische instellingen waren, ter opvang van de minvermogenden die niet in staat waren het laagste particuliere tarief te betalen en ter garantie dat de geneesheer voor de behandeling van zijn patiënten een reëel inkomen kreeg.

Toenemende maatschappelijke betrokkenheid bij de NMG

Toch zat er verandering in de lucht, want de NMG kreeg met een aantal problemen tegelijk te maken: concurrentie tussen de artsen onderling, de ontwikkeling van specialismen, discussies over de geneeskundige armenzorg en moeilijkheden tussen artsen en ziekenfondsen op lokaal niveau.

Rond 1890 bereikte het tekort aan artsen en apothekers, veroorzaakt door de opleidings- en vakbekwaamheidseisen volgens de wet van 1865, het hoogtepunt.¹⁰³ Het aantal inwoners per geneeskundige was gestegen van 1.383 in 1867 naar 2.258 in 1900.¹⁰⁴ De concurrentie tussen de geneesheren was nihil. Na 1890 namen het aantal artsen en de onderlinge concurrentie in de steden langzaam toe. Tegelijkertijd kreeg de algemeen arts te maken met concurrentie binnen het zorgaanbod. Het ziekenhuiswezen ontwikkelde zich snel en de gemeentelijke overheden met hun medische diensten werden steeds belangrijker.

In het geneeskundig beroep ontstond een nieuwe differentiatie. Naast de algemeen artsen vestigden zich specialisten.¹⁰⁵ Specialisatie werd nodig door de groei van de medische wetenschap en de ontwikkeling van het ziekenhuiswezen. Artsen wilden zich met hun specialisme in de geneeskundige markt profileren, en om een naam te krijgen en een praktijk te beginnen openden zij vaak een polikliniek, waar patiënten gratis of tegen lage tarieven terecht konden.¹⁰⁶ Dit betekende concurrentie voor de algemeen arts bij de verzorging van de minvermogenden, die van deze specialistische hulp driftig gebruikmaakten. De algemeen artsen hadden ook last van de medische faculteiten. Deze openden universiteitspoliklinieken om zieken te trekken voor onderwijsdoeleinden, en de behandeling was bijna altijd gratis. Behalve met specialisten kregen de artsen ook te maken met andere medische beroepen als heilgymnastiek en tandheelkunde. Er waren vaak competentiegeschillen, omdat de nieuwe disciplines elkaar overlaptten.

Bij de NMG ontstonden naar aanleiding van deze problemen discussies over de vraag of zij van een wetenschappelijke club veranderd moest worden in een vakvereniging, die bindende besluiten zou gaan nemen.¹⁰⁷ Zij zou dan haar leden bij de uitoefening van de praktijk bindende voorschriften kunnen geven. In 1902 werd hiertoe beslist.¹⁰⁸

De artsen hadden niet alleen te maken met problemen in de eigen gelederen, maar werden ook geconfronteerd met de geneeskundige armenzorg en de ziekenfondsverzekering. In 1892 bracht de Staatscommissie Arbeidsenquête haar verslag uit, die als deelopdracht de kwaliteiten van de ziekenfondsen moest onderzoeken. De uitkomsten van deze enquête streken de NMG tegen de haren in omdat de doktersfondsen beschouwd werden als commerciële ondernemingen, opgericht door de artsen zelf voor hun eigen gerief.¹⁰⁹

Dit zette de NMG-leden wel aan het denken. In 1892 merkte de Utrechtse hoogleraar C.A. Pekelharing op dat het tijd werd om een onderzoek in te stellen naar het functioneren van de geneeskundige armenzorg.¹¹⁰ Hij vond dit nodig in verband met de slechte betaling van de armenpraktijk; het ging niet om een onderzoek naar de werking van ziekenfondsen. De ideeën van Pekelharing hingen samen met een lokale ontwikkeling. In de periode 1892-1894 speelde in Utrecht een conflict tussen de artsen, verbonden aan een door particuliere geneeskundig specialisten opgerichte polikliniek voor hulp aan on- en minvermogenden en de gemeente voor financiële steun en gratis geneesmiddelenverstrekking.

Pekelharings gedachten vonden bij de NMG in 1892 geen weerklank, vooral door tegenwerking van

de afdelingen Groningen en Westland. De afdeling Groningen vond een onderzoek door de NMG niet zo nodig. De overheid was in het noorden van het land al enige tijd bezig met een dergelijk onderzoek door de inspecteurs van het Geneeskundig Staatstoezicht op initiatief van de Geneeskundige Raad van Groningen en Friesland. Bovendien bleek dat de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen nog steeds bezig was met haar onderzoek naar de ziekenfondsen, en de artsen vonden het beter om de resultaten hiervan af te wachten.

Toch hield Pekelharing vol. Hij overtuigde de afdeling Utrecht op 26 februari 1896 ervan dat de NMG met behulp van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde gegevens moest verzamelen over de geneeskundige armenzorg, zowel ten behoeve van de armen als voor de belangen van de beroepsgroep zelf. In 1892 was dit nog niet mogelijk, nu wel. Pekelharings initiatief werd op door de NMG in 1897 aangenomen.¹¹¹

Er kwam een commissie, hoofdzakelijk samengesteld uit de nieuwe groep sociaal-geneeskundigen, die een rapport uitbracht met tamelijk negatieve conclusies. In de zuidelijke en noordelijke provincies bleek grote behoefte te bestaan aan geneeskundige hulp. De commissie adviseerde de benoeming van een rijkscommissie voor nader onderzoek en deed voorstellen voor de voorziening in geneeskundige hulp door de Staat. Dit ging de meeste NMG-leden te ver en ook de opmerkingen van deze commissie verdwenen in de la. De problemen met de geneeskundige armenzorg op het platteland werden pas gedeeltelijk opgelost met de Gezondheidswet van 1901, waarmee de rol van het Staatstoezicht uitgebreid werd. Deze wet weerspiegelde hoofdzakelijk ideeën van sociaal-geneeskundigen.

Naast de regeling van de armenzorg werden ook de problemen bij de ziekenfondsen en de artsen op lokaal niveau voor de NMG belangrijker. De afdeling Amsterdam, ook Geneeskundige Kring genaamd, had zich ook na de oprichting van het AZA intensief met het ziekenfondswezen bemoeid. Ondanks de daling van het aantal geneeskundigen na 1865 was er in Amsterdam nauwelijks een artsentekort. De concurrentie bleef groot, zowel bij de artsen als bij de ziekenfondsen.¹¹² Naast het AZA bestonden er twee onderlinge fondsen van het moderne, aan de vakbonden verbonden type fondsen en tien commerciële fondsen. De Geneeskundige Kring wilde in 1899 inzicht in de relatie tussen deze fondsen en de artsen, met name in de verhoudingen tussen de directies en de medewerkers, de honoraria en de welstand van de leden.

Het verslag van dit onderzoek werd een waslijst van klachten tegen de ondeskundige besturen van de onderlinge fondsen, het wangedrag van bodes en de veeleisendheid van de fondspatiënten.¹¹³ Voor de honorering van de apothekers werd gepleit voor een gecombineerde vergoeding voor de geneesmiddelen en per lid per jaar voor de vaste onkosten, het abonnementshonorarium. Dit systeem moest ook worden toegepast voor de betaling van de artsen. Een enkele arts was voorstander van betaling per consult, het verrichtingensysteem. In afwijking van het AZA-systeem was de Geneeskundige Kring voorstander van een financieel onafhankelijk ziekenfondsbestuur, waarin ook vertegenwoordigers van de leden zitting hadden.¹¹⁴ Andere items waren vrije artsenkeuze, vrije toetreding van alle lokale artsen, vorming van een reservekas, oprichting van poliklinieken voor specialistische hulp en beperking van de ziekenfondspraktijk. Ziekenhuisverpleging werd aanbevolen als de financiën van het fonds het toelieten.

Deze punten vormden de belangrijkste aspecten van de discussie over het ziekenfondswezen, zoals die de komende jaren bij de NMG en landelijk gevoerd zouden worden. De belangrijkste man van het rapport was C.F. Schreve, de latere voorzitter van de NMG en de inventarisator van het Nederlands ziekenfondswezen in de periode 1901-1908.

De NMG en de ontwikkeling van de ziekenfondskwestie

In 1895 en 1896 had de publicatie van het rapport De Ziekenfondsen in Nederland van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen in de Algemene Vergaderingen nauwelijks tot discussies geleid, want de artsen vonden dat het sociaal-medische aspect verwaarloosd was. Het Nutsrapport werd voornamelijk als informatiebron gebruikt.¹¹⁵

In 1898 deed de afdeling Zaanland een nieuw voorstel voor een nieuwe landelijke onderzoekscommissie.¹¹⁶ In Zaandam was er ruzie in de artsengelederen ontstaan. Een nieuw onderling arbeidersfonds kon met plaatselijke medici geen overeenstemming over de contractvoorwaarden voor medewerkers bereiken en de leidinggevende arbeiders lieten zich over de artsen uit als ondergeschikten. Dezen konden dit niet over hun kant laten gaan en riepen op tot een boycot van het fonds, maar deze mislukte. Zoals later herhaaldelijk bij dit soort ruzies zou gebeuren was er altijd wel een collega die zich niet aan een dergelijk appel zou houden.¹¹⁷ De kwestie Zaandam maakte dat de artsen niet alleen wantrouwig stonden tegenover ondernemersfondsen, maar

ze bekeken nu ook de arbeidersfondsen met argusogen.

De nieuwe ziekenfondscommissie leverde op de Algemene Vergadering van 4 en 5 juli 1900 zo'n summier rapport af, dat de aanwezigen zich door de commissie bekocht voelden. Deze had nauwelijks aandacht besteed aan de inrichting en de samenstelling van de fondsen. De commissie moest haar werk overdoen, maar geen van de leden had hier zin in.

De artsen benoemden een nieuwe commissie, geleid door de Amsterdamse ziekenfondsspecialist Schreve, die na een lange stilte in 1908 zou uitkomen met het magnum opus *Rapport omtrent den toestand der Ziekenfondsen in Nederland*. Dit werk is niet alleen een inventarisatie van het functioneren van de Nederlandse ziekenfondsen in de periode 1900-1905, maar ook een beschrijving van de verhoudingen tussen verzekerden en medewerkers, de medewerkers onderling en de daarmee samenhangende ideeën.¹¹⁸ Schreves werk werd besproken tijdens de Algemene Vergadering van juli 1908 in Rotterdam. De aanwezigen waren zo enthousiast over het rapport, dat zij het bij acclamatie als standaardwerk erkenden.¹¹⁹

Het rapport formuleerde algemene eisen waar een goed en voor de NMG aanvaardbaar fonds aan moest voldoen. De NMG-afdelingen moesten in het vervolg beslissen over erkenning van nieuwe ziekenfondsen en zouden zich volgens de aangenomen richtlijnen inspannen voor de verbetering van de bestaande fondsen. Deze besluiten werden als voorwaarden voor de erkenning van ziekenfondsen door de NMG de basis voor de ziekenfondspolitiek van de Maatschappij in de komende decennia.

In de tussentijd waren er enkele dingen in de ziekenfondswereld veranderd. De regering, het kabinet-Kuyper, had zich op de sociale wetgeving gestort.

De reacties op de Ziekteverzekeringwet Kuyper

De belangrijkste onderdelen van het wetsontwerp ziekteverzekering dat Kuyper voor ogen had, waren:¹²⁰

- de verplichte verzekering van arbeiders in vaste loondienst;
- rechten, bestaande uit ziekengeld en geneeskundige behandeling gedurende 180 dagen;
- uitvoering van de wet door districtsziekenkassen als overheidsorganen en erkende, particuliere en bedrijfsziekenkassen. Deze districtskassen zouden als overheidsinstelling moeten worden beheerd door een directeur en een Raad van Toezicht, bestaande uit alle partijen, bij de ziekteverzekering betrokken: een arts, een apotheker, een werkgever en een verzekerde.

De bestaande ziekenfondsen zouden een rol kunnen spelen, mits zij aan wettelijke maatstaven konden voldoen. Kuyper koppelde de geneeskundige verstrekkingen aan de uitkering van ziekengeld, omdat een deel van de Nederlandse arbeiders nog niet bij een ziekenfonds verzekerd was. Daarnaast vond Kuyper dat de ziekenfondsen onvoldoende functioneerden, zoals gebleken was uit het rapport uit Amsterdam van 1897 en het Nutsrapport van 1895. Het wetsontwerp wekte hoge verwachtingen, maar het haalde de Tweede Kamer niet. Het kabinet viel voor de behandeling in 1905.

De NMG werd in 1903 om advies gevraagd. Het bestuur antwoordde met een geheime gedrukte reactie, waarin de Maatschappij zich voor de eerste maal formeel uitsprak over de door haar gewenste inrichting van een ziekenfonds.¹²¹ De artsen verklaarden zich voorstander van een wettelijke regeling van de landelijke ziekenfondsverzekering om door het instellen van een staatstoezicht een einde te maken aan de misstanden bij de fondsen, een standpunt dat sinds 1864 niet veranderd was. Concurrentieverhoudingen tussen de fondsen verhinderden een goede premieheffing, want de premies waren net zo hoog als 50 jaar terug.

Een goed fonds kon alleen maar functioneren als het geleid werd door een financieel belangeloos bestuur, samengesteld uit geneesheren, apothekers, ziekenfondsleden en notabelen. Deze maatschappelijke groepen moesten evenredig vertegenwoordigd zijn ter bespreking van de belangen van de ziektekas, uitoefening van de controle op de uitkering van de honoraria en ter vereffening van de geschillen tussen werkgevers, verzekerden, geneesheren en apothekers.

Het hoofdbestuur van de NMG was voorstander van een scheidsgerecht, omdat geschillen bij de fondsen wegens hun intiem karakter niet onmiddellijk voor de gewone rechter konden worden gebracht. De artsen hadden inmiddels een kater van affaires zoals in Zaandam. Het instellen van scheidsgerichten was een element dat later steeds terug zou komen in de relatie met de ziekenfondsen en het werd een belangrijk middel om plaatselijk conflicten te beslechten.

Het hoofdbestuur wilde de wet-Kuyper toetsen aan de volgende voorwaarden:

- Het doel van de wet moest uitbreiding en verbetering zijn van de geneeskundige behandeling en bevordering van de volksgezondheid. De voorkeur ging hierbij uit naar een territoriaal systeem zoals de Duitse Ortskrankenkassen, met inrichtingen voor speciale behandelingen en organisatie van

wijkverpleging. Bij deze formulering spelen de opvattingen van de sociaal-geneeskundigen als die van Menno Huizinga door.

- De overheid diende rekening te houden met de ervaringen van de artsen. Winstbeogende fondsen mochten niet worden erkend.

De wet moest uitgaan van onbeperkte vrije artsenkeuze in combinatie met het systeem van het abonnementshonorarium, vastgesteld aan de hand van het aantal verzekerden. De korte duur van het abonnement, een jaar, liet de verzekerde vrij te beslissen om na die periode naar een andere arts te gaan. Dit waarborgde de concurrentie onder de artsen, die gedwongen werden de nodige zorg aan hun patiënten te besteden en visites te maken en het werkte als een rem op het aantal verrichtingen, dat door betaling per visite juist gestimuleerd werd. Bij het abonnementsstelsel was het in het belang van de arts, dat hij de overmatige eisen van zijn patiënten zo veel mogelijk matigde. De tarieven voor de honoraria zouden jaarlijks per district bij Koninklijk Besluit moeten worden vastgesteld.

De NMG had met deze reactie op het wetsontwerp-Kuyper voor de eerste keer haar belangrijkste standpunten ten opzichte van de ziekenfondsen formeel gesteld:

- toezicht en wetgeving door de landelijke overheid op een lokaal georiënteerd pakket gezondheidsvoorzieningen. De gezondheidszorg functioneerde het beste op lokaal, gemeentelijk niveau, zoals was aangetoond door de werking van de nieuwe GGD's en de activiteiten van Kruisverenigingen en ziekenhuisorganisaties.

- geen landelijke, maar plaatselijk werkende ziekenfondsen;

- de bij de ziekenfondsen betrokken maatschappelijke groepen dienden in de besturen vertegenwoordigd te zijn;

- de vaststelling van een welstandsgrens;

- onbeperkte vrije artsenkeuze;

- abonnementshonorarium voor geneeskundige hulp op basis van lokale tarieven;

- voorlopig een koppeling tussen geneeskundige verstrekkingen en de uitkering van ziekengeld.

Het waren geen nieuwe ideeën, maar het werden voor de NMG als koepelorganisatie de uitgangspunten waarmee ze de discussie met eigen leden en de landelijke en lokale overheden over het ziekenfondswezen aanging. Op lokaal niveau hadden de afdelingen vooral in de steden te maken met verschillende type fondsen, uiteenlopende belangen, verschillende honorariumsystemen en collega's, die zelfstandig tegenover de fondsen opereerden en vaak geen NMG-lid waren. De afdelingen handelden nog volledig zelfstandig in ziekenfondszaken.

De scheiding tussen armenzorg voor de onvermogenen en de ziekenfondsverzekering voor de minvermogenen was voor de NMG hiermee geformaliseerd. Het vastleggen van ziekenfondsen als plaatselijk werkende organisaties, voorstellen voor gemengde fondsbesturen met participatie van de verzekerden en het uitspreken van de voorkeur voor abonnementshonoraria waren na de formulering van de vrije artsenkeuze en de welstandsgrenzen in 1847 de tweede stap in de vorming van de NMG-ziekenfondsideologie. Een en ander zou verder worden uitgewerkt in het rapport van 1908. Eerst kwam nog de discussie over ziekengeld en geneeskundige hulp.

Ziekengeld en geneeskundige hulp; de ontkoppeling

Het kabinet-Kuyper werd opgevolgd door het kabinet-De Meester, dat een radicaal-liberale achtergrond had. Deze nieuwe regering trachtte na de mislukte pogingen van Kuyper opnieuw enkele sociale wetten door de Tweede Kamer aangenomen te krijgen, maar door tegenwerking van de Antirevolutionairen haalde alleen de Wet op het Arbeidscontract de stemming. Bij dit pakket wetten zat ook een wet op de ziekteverzekering, het wetsontwerp Veegens.

Dit ontwerp, ingediend in 1906, verschilde niet veel van Kuypers initiatief. Het belang van de wet lag meer in de discussie die in de afdelingen van de NMG en tijdens de Algemene Vergadering van 25 maart 1906 gevoerd werd.¹²² De belangrijkste kritiek werd geleverd op de relatie tussen het recht op verstrekking van geneeskundige hulp en de uitkering van ziekengeld. De artsen wilden een complete scheiding van de kassen geneeskundige verzorging-ziekengeld-begravenisgeld. De duur van de verstrekking van de geneeskundige hulp was gelijkgesteld aan de duur van de het ziekengeld, 180 dagen. De hulp aan langdurig zieken was dus niet verzekerd. Daarbij kwam de onafhankelijkheid van de artsen in gevaar door de kassen niet te scheiden. Als de uitkeringen tegenvielen, zou op het salaris van de dokter en de apotheker worden beknipt en zou op de geneeskundige hulp druk worden uitgeoefend om de zieke zo snel mogelijk hersteld te hebben.

Dit was onaanvaardbaar. De voorgestelde koppeling werd als on-Nederlands, ongebruikelijk en ongewenst beschouwd, want 60 jaar ziekenfondsgeschiedenis had dit duidelijk gemaakt. De

vermenging van de ziekgeld- en de verstrekkingenkas had alleen maar ellende tot gevolg, zoals bij de commerciële fondsen te vaak was gebleken. De NMG zou deze koppeling nooit meer accepteren, zoals het bestuur dit bij het advies aan Kuiper nog onder voorbehoud had gedaan.

Het tweede grote bezwaar tegen het ontwerp Veegens betrof de controle. Professor J.M. Baart de la Faille, de afgevaardigde van de afdeling Utrecht, had gekeken naar het controle-apparaat dat voor de uitvoering van de wet nodig was.¹²³ Voor de toekenning van ziekgeld moest de verzekerde naar een ambtenaar-keuringsarts. Daar waren er 400 voor nodig, ook bij scheiding van de kassen. Deze controleurs moesten ieder geval met de behandelend arts bespreken en deze zou daar vermoedelijk geen zin in hebben. Iedere patiënt zou bij ziekte te maken krijgen met twee artsen, want de behandelend arts mocht geen briefjes voor ziekgeld afgeven in verband met een mogelijk conflict met het beroepsgeheim.

De NMG formuleerde haar belangrijkste bezwaren in februari 1907 in een adres aan het parlement.¹²⁴ Dit adres had weinig invloed op de behandeling van het wetsontwerp-Veegens, want het kabinet-Meester viel voor de behandeling in de Kamer. Het verhaal van de ziekenfondswetgeving is eentonig.

1.4 Artsen, apothekers en ziekenfondsen; het ziekenfondsenrapport

De commissie, die in de algemene vergadering van juli 1900 benoemd werd voor een grondig onderzoek naar de ziekenfondsen, bestond uit de artsen C.F. Schreve, J.P. van der Brugh, L.F. Dentz, N.W. Maas en P.H. van Eden. Schreve werd benoemd tot voorzitter. In de literatuur wordt het onderzoeksverslag het rapport-Schreve of het NMG-rapport genoemd. De commissie beperkte zich uitsluitend tot instellingen, die tegen premie geneeskundige hulp verstrekten, met of zonder medicijnen. De ondersteuningsfondsen, die alleen financiële uitkeringen gaven, werden niet onderzocht. De relatie met de artsen was hier niet zo belangrijk, ze voorzagen onvoldoende in de behoefte aan medische zorg.

Het rapport bevat gegevens over bijna alle ziekenfondsen. Schreve ging desnoods zelf bij een fonds langs als hij naar zijn zin onvoldoende antwoord kreeg. Soms lukte het niet spontaan, want bij de fondsen was enquêtemoedigheid ontstaan. De Maatschappij tot Nut van 't Algemeen had in de periode 1893-1895 haar onderzoek gedaan, de overheid was bezig en nu kwam de NMG er ook mee. Soms was het voor de plaatselijke artsen al moeilijk om informatie te krijgen.¹²⁵

Ziekenfondsen en hun bestuur

De meest principiële klacht over de ziekenfondsen betrof altijd de gebrekkige rechtspersoonlijkheid van de fondsen. Dit kon rampzalige gevolgen hebben voor de zekerheid van een reservekas en de rechten van de verzekerden en de medewerkers. Van de 616 fondsen beschikten er maar 17 over koninklijk goedgekeurde statuten of hadden deze goedkeuring aangevraagd, vier fondsen waren ingericht als naamloze vennootschap en drie fondsen waren bij notariële akte opgericht. Bij de meeste reglementen werd meer aandacht geschonken aan de plichten dan aan de rechten van de verzekerden.

De rapportagecommissie hanteerde bij de indeling van de fondsen een classificatie, waarbij de financiële belangen van het bestuur het hoofdcriterium vormden:

- de fondsen met een financieel belangeloos bestuur;
- de doktersfondsen. De rechtsgrond voor deze fondsen bestond uit een mondeling contract, gesloten tussen de premiebetaler als afnemer en de arts als leverancier;
- de fondsen met een financieel belanghebbend bestuur, de exploitatiefondsen.

Het tweede criterium was de bestuurssamenstelling. De commissie constateerde twaalf verschillende vormen. De meeste fondsen met een financieel belangeloos bestuur werden beheerd door medewerkers en verzekerden, soms met niet-leden, of uitsluitend uit medewerkers of uitsluitend uit verzekerden.¹²⁶

De fabrieksfondsen vormden een aparte groep. De werkgever was hierbij ook bestuurder en betaalde meestal een deel van de contributie.¹²⁷ Er was geen vrije artsenkeuze, hij stelde de arts vaak aan als een soort beambte. Het bestuur van de doktersfondsen, zowel in de steden als op het platteland, bestond uit de dokter. Dit kon nauwelijks juridisch verantwoord genoemd worden. In de praktijk ontstond er echter tussen arts en patiënt een soort gewoonterecht, dat goed bleek te werken en werden over de doktersfondsen nauwelijks klachten gehoord.

Bij 85 fondsen was er een min of meer onafhankelijke Commissie of een Raad van Toezicht die het bestuur of de administratie bij de instelling controleerde.

De commissie stelde aan een goed ingericht ziekenfonds de eis dat het bestuur *gelijkelijk moet zijn samengesteld uit personen, die uit en door de leden zoowel als uit en door de deelnemers worden gekozen, bij voorkeur aangevuld door buiten beide partijen staande personen.*¹²⁸ Zij vond het een vanzelfsprekendheid dat beide partijen, die even grote belangen hadden bij de ziekenfondsverzekering hun fonds naar eigen inzicht moesten kunnen inrichten. Bij de grotere fondsen moest dit bestuur dan wel worden bijgestaan door een commissie van toezicht of advies met juridische en financieel deskundigen.

Schreve en de zijnen erkenden daarmee de rechten van de verzekerden bij de inrichting en het beheer van de ziekenfondsverzekering, naast de behartiging van de belangen van de medewerkers. De vertegenwoordiging van verzekerden in de fondsen, die later door de NMG zelf zouden worden opgericht of overgenomen, werd definitief aanvaard. De formulering van de samenstelling van het bestuur en de machtsverhoudingen tussen de partijen was echter vaag.

De artsen scherpten deze eisen daarom nog wat aan op de Algemene vergadering van juli 1908, waar het rapport-Schreve werd besproken. In het verslag van deze vergadering werd vastgelegd dat een bestuur gelijkelijk zou moeten bestaan uit leden, die door de verzekerden en door de deelnemende artsen en de apothekers werden gekozen, een verhouding van 1:1 of paritaire samenstelling.¹²⁹ De besluitenlijst van deze vergadering vermeldde echter drie gelijkwaardige partijen en deze

onduidelijkheid zou tot ver in dertiger jaren niet alleen aanleiding geven tot discussies en haarkloverijen tussen de artsen onderling, maar ook tussen de artsen en de apothekers, in de politiek, in de strijd met de ziekenfondsen en tussen de artsen, de vakbonden en de ziekenfondsen en de politiek.

Belangenverstrengeling bij de ondernemersfondsen

De meeste ondernemersfondsen werden gevonden in Zuid-Holland, met 56 stuks, Noord-Holland, 12, en Utrecht met 4 fondsen.¹³⁰ Deze fondsen hadden hun werkgebied in de steden en zij vormden de belangrijkste groep fondsen waarmee de NMG te maken had. In Zuid-Holland waren vermoedelijk meer dan 200.000 mensen bij een dergelijk fonds verzekerd. Doordat de eigenaars of directeuren tevens het bestuur vormden en hun eigen belangen met die van de onderneming verstrengelden, werden hierbij de meeste klachten gemeld:

- slechts 75% van de contributie werd effectief voor de geneeskundige verzekering gebruikt, terwijl dit bij de andere fondsen tot 90% was;
- het in de praktijk ontbreken van de vrije artsenkeuze. Zowel bodes als directies zetten verzekerden onder druk om een opgedrongen arts te kiezen, of ontsloegen artsen naar willekeur. Directies kortten de honoraria of fraudeerden met de op naam van de arts ingeschreven verzekerden;
- de verzekerden hadden geen invloed op de inrichting van het fonds;
- meestal ontbrak een reservekas.

De commissie hoopte dat de commerciële fondsen zouden verdwijnen door de oprichting van medewerkersfondsen, gesteund door de NMG-afdelingen.¹³¹

Filantropie of zakelijkheid

De commissie-Schreve sprak zich uit tegen iedere vorm van filantropie bij de ziekenfondsen en formuleerde definitief het standpunt van de NMG, dat een ziekenfonds een zakelijke overeenkomst was tussen verzekerde en geneesheer.¹³² De Maatschappij tot Nut van 't Algemeen en NMG-leden als J. Menno Huizinga waren van mening, dat ieder fonds eigenlijk een filantropische instelling was. De welstandsgrens bepaalde volgens hen dat uitsluitend mensen met een beperkt inkomen zich bij een fonds voor geneeskundige hulp konden verzekeren en dat was naastenliefde, die door de arts werd verstrekt.

De commissie draaide deze redenering om. De welstandsgrens was geen sociale norm, maar een grens waaronder mensen zich collectief voor medische hulp tegen het laagste particuliere tarief verzekerden. Een ziekenfonds is een *instituut, waar twee vrije partijen elkaar ontmoeten, waar het fondslid zijn rechten koopt tegen een voldoende en royaal bedrag, maar dan ook de bedongen voordelen in hun geheel en royaal wil ontvangen*. Er kon geen sprake zijn van verschillende tarieven bij een ziekenfonds, zoals voor de extra bediening, waarbij leden tegen een aanvullende premie een wat luxere behandeling van hun arts zouden krijgen. Bij de commerciële fondsen kreeg de arts voor de behandeling geen aangepast honorarium. Het hogere tarief van de extra bediening verdween in de zakken van de fondsdirecties.

De opvattingen van de commissie over de verzakelijking van het karakter van de ziekenfondsen tekenden de manieren, waarop de artsen hun standpunten konden wijzigen. Schreve bekende, dat hij in 1898 had gesteld dat de ziekenfondsen zo verslechterd waren, omdat de medici zelf het doel van de fondsen uit het oog waren verloren: filantropie. Nu, in 1908, beschouwde hij het fonds als een verzekeringsinstituut, waardoor de medicus van degenen die in feite de laagste particuliere tarieven niet konden betalen nog een behoorlijk inkomen kon krijgen. De relatie arts-ziekenfonds werd dus bepaald doordat de ziekenfondspatiënten op één lijn gesteld moesten worden met particuliere patiënten uit de laagse tariefklasse, waarvan zij alleen verschilden door de wijze van betaling, namelijk per abonnement in plaats van per verrichting.¹³³

De hoogte van de welstandsgrens moest afhankelijk zijn van de lokale omstandigheden: stad of platteland. In de praktijk werd hij nauwelijks vastgesteld. Bij de exploitatiefondsen was hij soms wel zeer hoog: Sommige verzekerden bij deze fondsen bleken in staat er een gouvernante op na te houden!¹³⁴ Als de overheid geen wetgeving zou realiseren, zou de NMG nog heel wat Messiaswerk te doen hebben om dergelijke ziekenfondsen te veranderen in organisaties met een degelijke zakelijke instelling.

Verzuiling was daarbij ongewenst. Een goed ziekenfonds mocht geen leden uitsluiten op grond van levensopvatting. Het moest neutraal zijn.¹³⁵

De praktijk van de vrije artsenkeuze

De vrije artsenkeuze bleek in de praktijk nauwelijks gerealiseerd. Artsen waren aan meerdere fondsen verbonden, of fondsen hadden maar één arts. Dit kon vaak ook niet anders. Op het platteland waren de dorpsbewoners al blij als ze een dokter konden krijgen. Bij de exploitatiefondsen in de steden werd de vrije artsenkeuze vaak beperkt door druk van de bode of de directie.

Bij de geneeskundige armenzorg speelde de vrije artsenkeuze geen rol. Volgens de algemeen geldende opinie waren de bedeelden verplicht zich door één arts te laten behandelen. Dit gold ook voor de fondsen met een filantropisch karakter. Deze colleges zagen de arts meer als een ondergeschikte, die meewerkte aan het heilzame toezicht op de fondsleden.¹³⁶ Dit was echter geen taak van een moderne arts. Hij was geen zedenmeester en hij had zijn beroepsgeheim. Ook hier dus: verzakelijking gewenst. De vrije artsen- en apothekerskeuze, zoals deze door de commissie in haar ziekenfondserkenninglijst gedefinieerd werd, luidde: *Alle geneesheeren en apothekers, te goeder naam en faam bekend, wier gewone werkkring zich over het gebied van het ziekenfonds uitstrekt, moeten het recht hebben als deelnemer tot het ziekenfonds toe te treden, hetzij als huisarts, hetzij als specialist.*¹³⁷ Hiermee stelde de commissie de enige kwaliteitseis, die voor het medewerkerschap voor de ziekenfondspraktijk kon worden aangelegd. Een arts of apotheker met een slechte reputatie mocht niet door de ziekenfondsen worden gecontracteerd. Deze omschrijving zou in 1912 door de NMG bijna ongewijzigd worden overgenomen als algemeen bindend besluit voor de erkenning van ziekenfondsen als onderdeel van haar ziekenfondspolitiek.

De honoraria in de praktijk

In de praktijk waren vier honorariavormen te onderscheiden:

- de arts werd per jaar betaald naar het aantal leden dat op zijn naam was ingeschreven;
- de berekening werd opgesteld aan de hand van het aantal verrichtingen;
- de betaling was afhankelijk van de inkomsten van het fonds;
- een vast salaris.

Bij de betaling per lid per jaar werd gemiddeld f 1- f 3 uitgekeerd en f 1,30- f 6,50 aan apotheehoudende huisartsen.

De discussie over de voorkeur voor het type honorarium werd net in deze tijd door de NMG afgerond: het abonnementshonorarium, dat voor de hoogte afhankelijk moest zijn van de plaatselijke omstandigheden.

De honoraria van de artsen en de apothekers verschilden principieel. De arts leverde geestelijke en lichamelijke prestaties, de apotheker leverde ook nog handelswaar.¹³⁸ De apotheker diende te worden betaald voor de door hem geleverde geneesmiddelen en een honorarium te ontvangen voor zijn wetenschappelijk arbeid. In de praktijk gebeurde dit:

- aan de hand van het aantal leden, dat op zijn naam stond ingeschreven;
- aan de hand van het aantal gemaakte recepten;
- aan de hand van de inkomsten van het fonds.

De strijd tussen het abonnementshonorarium en het verrichtingsstelsel was voor de apothekers minder belangrijk dan voor de artsen. De farmaceuten waren voor de aflevering van de recepten afhankelijk van het prescriptiegedrag van de artsen. Zij konden zonder problemen per recept worden gehonoreerd. De prijzen van de geneesmiddelen werden vaak plaatselijk vastgelegd in een farmacopee of medicijnenboek.

In de praktijk was de historisch gegroeide verhouding tussen de apothekers- en artsenhonoraria 3/8:5/8. De commissie was van mening dat de medicus beter betaald moest worden dan de farmaceut. De geneesheer had het meeste werk aan de fondsverzekerden.¹³⁹

De honoraria werden, behalve bij de doktersfondsen, per kwartaal, per half jaar of per jaar betaald. Bij de kleine fondsen slofte de penningmeester langs de artsen en apothekers om af te rekenen, maar bij de grote fondsen was dit de verantwoordelijkheid van de bode, die hier dan meestal een fooi voor beurde. Hier had de NMG een broertje dood aan. Zij zag het contact tussen de bodes en de artsen het liefst tot een minimum beperkt, omdat de bodes van de exploitatiefondsen immers de relatie tussen arts-verzekerde nadelig kon beïnvloeden. Bij deze fondsen werd vaak van het honorarium verplicht 1-1,5% fooi voor de directie afgehouden.¹⁴⁰ De commissie-Schreve vermoedde dat zij eigenlijk nauwelijks op de hoogte was van de misdrijven die door de bodes begaan werden. Zij gaf de voorkeur aan betaling van het honorarium per cheque, maar dit gebeurde nog veel te weinig. Als de medewerkers per cheque werden betaald, kwamen er in ieder geval geen klachten.

Spreekuren en wachtkamers

De commissie brak een lans om het aantal spreekuren in verhouding te brengen met het verwachte

aantal bezoekers, want *zelfs met den van ouds beroemden praktischen blik bestaat een grens voor de snelheid, waarmede spreekuurpatiënten kunnen worden "afgewerkt"*. Een arts kon geen goede gezondheidszorg leveren door in een uur 100 patiënten te behandelen. De fondspraktijk, die soms meer dan 2.500 verzekerden groot was, zou meer spreekuren op meerdere plaatsen moeten hebben. 30 tot 40 bezoekers per uur was het maximum.

Bij grote plattelandsprijktijken zou ook geen verschil gemaakt mogen worden tussen het particuliere en het fondsspreekuur. In de steden mocht dit onder geen voorwaarde gebeuren, omdat het misbruik van de welstandsgrens nog groter zou worden. Een collega had gemeld, dat op zijn fondsspreekuur een zakenman met zeven winkels was verschenen!¹⁴¹

De fondspatiënten moesten wel kunnen wachten in een fatsoenlijke wachtkamer. De wachttijden waren vaak lang en in de steden hingen de zieken vaak maar in de gang of, als deze vol was, op de straat. De dokter hoefde weliswaar niet zijn salon voor zijn patiënten open te stellen, maar een lichte, verwarmde kamer was toch wel het minimum. De plattelandspatiënten konden vaak wachten in een ruime, warme vestibule van de dokterswoning.

Regelmaat en orde waren hard nodig voor het goed functioneren van de fondspraktijk. Dit was vooral afhankelijk van de arts. Hij moest zijn patiënten opvoeden en duidelijk maken dat ze niet buiten de spreekuren mochten komen. De mensen die het hardst zeurden en het meeste wilden, waren vaak het minst op de hoogte van de zwaarte van het artsenverk.¹⁴²

De arts moest wel tactisch en praktisch blijven. Als hij niet slaagde in zijn behandeling, dan had dit ook gevolgen voor de apotheker. Deze werd vaak het slachtoffer van de drukkbeklante avondspreekuren van de fondsartsen en hij kon overwerken om de late recepten klaar te maken. Artsen en apothekers zouden regelmatig moeten overleggen. De commissie vond het moeilijk hiervoor duidelijke richtlijnen te geven. Mensen werden namelijk ook 's nachts ziek.

Geneesmiddelen en prescriptiegedrag

Fondsverzekerden hadden vaak het idee dat de geneesmiddelen, voorgeschreven aan particulieren, beter van kwaliteit waren dan de medicijnen die zij kregen. De particulier betaalde gewoon meer voor hetzelfde recept. De fondsverzekerde betaalde de prijs van de medicijnen, de particulier leverde een hogere bijdrage aan de apotheker voor diens wetenschappelijk kunnen. Bovendien kreeg de particulier een wat luxere verpakking: een gecandeerde dragee in plaats van een poedertje. Daardoor leek het fondsmiddel ook minder, maar was hetzelfde. De ziekenfondsverzekerde had recht op dezelfde voorschriften als de particuliere patiënt in kwantiteit, kwaliteit en vorm.

De arts hoorde zich wel te beperken in zijn prescriptie. Sommige collegae waren nogal populair. Zij schreven veel huishoudings- en voedingsmiddelen voor. Op sommige plaatsen werd een ware handel in medicamenten en verbandstoffen bij de verzekerden aangetroffen.

Vaccinaties hoorden niet tot het ziekenfondspakket, hoewel zij soms wel werden vergoed.

Specialisten

Specialisten waren maar zelden aan ziekenfondsen verbonden en dan alleen nog in de grote steden. Vaak ging de patiënt rechtstreeks naar de specialist, zonder de huisarts te raadplegen. Het specialisme was sinds 1875 enorm gegroeid en het aantal specialistische behandelingen door de specialisten nam zo snel toe, dat de algemeen arts of huisarts steeds minder bijzondere handelingen verrichtte.

In 1900 werd tijdens de Algemene Vergadering door de afdeling Schiedam een motie ingediend met de strekking, dat hoogleraren en hoofden van poliklinieken uitsluitend patiënten in behandeling zouden nemen, als zij een bewijs van hun huisarts konden tonen.¹⁴³ Deze motie was het begin van de procedure van de verwijzing. De ziekenfondsarts kon veel ziekten behandelen, die steeds meer door de specialist werden verzorgd. De huisarts was degene die moest beoordelen of de zieke beter door de specialist behandeld kon worden. Een goed ziekenfonds zou dan deze behandeling moeten vergoeden.

De betaling van de specialist kon per verrichting gebeuren. De huisarts controleerde de behandeling, het abonnementensysteem was voor de specialistenhonoraria te ingewikkeld. De commissie beval het verstrekken van verwijskaarten met de geldigheid van een maand aan. Voor de verstrekking van specialistische hulp moesten wel de contributies worden verhoogd.

Minvermogenen en de verplichte ziektekostenverzekering

De commissie constateerde dat, hoewel de ziekenfondsen over het algemeen in ledental groeiden, maar een klein deel van de minvermogenende bevolking bij een ziekenfonds verzekerd was.¹⁴⁴ In de omringende landen was dit door ziekteverzekeringswetten veel hoger. In Duitsland was de ziekteverzekering onderdeel van de sociale wetgeving, zoals die door de vakbonden was voorgesteld

en door de regering in 1883 als wet was aangenomen.¹⁴⁵ In Engeland en Frankrijk waren stelsels ontwikkeld, die deels gebaseerd waren op particulier initiatief en deels op wetgeving.¹⁴⁶

Schreve en de zijnen waren van mening, dat de invoering van de wetsontwerpen-Kuyper en -Veegens niet de beste manier was om de ziekenverzorging van de minvermogende Nederlander te regelen. Verzekering tegen de geldelijke gevolgen van ziekte hoorde met de ongevallenverzekering en de ouderdomsverzekering tot de sociale wetgeving. De ziekteverzekering, die geneeskundige behandeling mogelijk maakte, moest met de nodige waarborgen worden overgelaten aan het particulier initiatief, de ziekenfondsen. De regering had de verantwoordelijkheid voor het instellen van een rijkstoezicht op de ziekenfondsen, om de misbruiken tegen te gaan en een ordelijke bedrijfsvoering te garanderen.

De commissie had eisen opgesteld, waar goede fondsen aan hoorden te voldoen. De NMG kon deze eisen overnemen en de ziekenfondsen konden dan door middel van bindende besluiten van de afdelingen en door eendrachtig optreden van de NMG-leden worden gecorrigeerd. Als de staat zich door middel van wetgeving met de ziekenfondsen zou bemoeien, dan zouden veranderingen door direct ingrijpen en voortdurend toezicht veel groter zijn. Ziekenfondsen waren organisaties, aangepast aan de lokale omstandigheden. Voor de inrichting van goed functionerende instellingen waren algemene richtlijnen noodzakelijk, maar ze moesten voldoende mogelijkheden bieden om de organisatie van de fondsen over te laten aan deskundigen, die van de plaatselijke toestanden en gebruiken op de hoogte waren.

Deze organisatie van het ziekenfondswezen had tot doel de belangen van de verzekerden en de medewerkers te regelen. Als de Staat zich beperkte tot toezicht, dan kon dit volgens de belangen van deze partijen bevredigend worden georganiseerd. Ondernemersfondsen konden worden uitgeschakeld, want de geneeskundige verzekering kon dan zonder tussenpersonen door verzekerden en geneeskundigen zelf worden afgesloten.

Het standpunt van de commissie week af van de NMG-reactie op het wetsontwerp-Kuyper. Dat was een rapport, opgesteld naar aanleiding van de mogelijke wetgeving. De commissie gaf dus de voorkeur aan het particulier initiatief, maar wel onder overheidscontrole. Dit was geen vrijbrief voor de oprichting van plaatselijke fondsen, maar juist een pleidooi voor samenwerking en fusie van die kleine instellingen tot een plaatselijke ziekenfondsorganisatie, die door haar grootte slagvaardig kon optreden en de beheerskosten kon minimaliseren.¹⁴⁷ Het rapport van Schreve en de zijnen werd door deze praktische inzichten het fundament voor het landelijk artsenbeleid tot 1941.

1.5 Conclusies

De factoren, die de relatie hebben beïnvloed

Rond 1900 was er in de relatie tussen artsen, verzekerden en fondsen een wankel evenwicht ontstaan. Regelgeving betreffende de ziektekostenverzekering ontbrak.

De factoren die de relatie beïnvloedden, waren de economische en sociale ontwikkelingen, de heersende staatsopvattingen, de professionalisering en collectivisering van de artsen en apothekers en de minimale kwaliteiten van de ziekenfondsen zelf. Door de economische groei en de bevolkingsgroei nam het aantal mensen toe dat niet in aanmerking kwam voor de geneeskundige armenzorg, maar ook de laagste particuliere medische tarieven niet kon betalen. De markt voor de ziekenfondsverzekering groeide snel, vooral in de steden. De artsen en apothekers namen vanaf 1847 zelf initiatieven met de oprichting van medewerkersfondsen als het AZA om in te spelen op deze ontwikkelingen. Plaatselijke vakbonden volgden na 1890 met de stichting van onderling beheerde arbeidersfondsen.

De overheid weigerde tot 1901 wetsontwerpen voor de inrichting van een landelijk ziekenfondsbestel op tafel te leggen. De confessionele groeperingen predikten in de tijd van beginnende verzuiling na 1850 de terughoudendheid van de Staat met hun principes van subsidiariteit en soevereiniteit in eigen kring. De liberalen zagen de rol van de Staat bij de gezondheidszorg beperkt tot regelgeving betreffende de uitoefening van de geneeskunst en wezen concrete maatregelen af. De arts en de apotheker waren in hun visie verantwoordelijk voor de genezing van de zieke, en de overheid hoorde zich niet te bemoeien met de financiële relatie consument-producent. De sociaal-economische ontwikkelingen en de vrees voor ontkerkelijking, socialisme en anarchie dwongen de confessionele en liberale partijen voor het einde van de eeuw tot aanpassing van deze houding en tot voorstellen voor sociale wetgeving, waarvan de ziekenfondsverzekering een onderdeel was.

De motieven voor de artsen en de apothekers om zich voor verbetering van het ziekenfondswezen in te zetten waren filantropie, inkomen en hun behoefte om ook de ziekenfondsverzekerde een zo goed mogelijke medische zorg te bieden. Bij de apothekers speelde voornamelijk het inkomensmotief een rol. De artsen werden gestimuleerd door statusverhoging als gevolg van de wettelijke definiëring van hun beroepsgroep, die in combinatie met de ontwikkelingen in de medische wetenschap de professionalisatie van het medisch beroep versterkte.

Door de behoefte aan professionalisering en collectivisering hadden de apothekers in 1847 de NMP en de artsen in 1849 de NMG als koepelorganisaties opgericht. Deze speelden bij de ontwikkeling van deze wetgeving een belangrijke rol. De NMP en de NMG werden opgericht als corporatieve organisaties, bedoeld om de belangen van de hele beroepsgroep te dienen zonder onderscheid naar geloof, zonder verzuiling. Een tweede gevolg van de professionalisatie van het artsenberoep was na 1875 de ontwikkeling van de differentiatie algemeen arts-specialist. Deze differentiatie werd voor de ziekenfondsverzekering na 1900 van belang. De ziekenfondsen boden de specialiserend artsen behalve inkomsten de mogelijkheid tot erkenning van hun specialisatie. Zij werden daarmee tot concurrent van de algemeen arts, die zich ontwikkelde tot huisarts. De belangrijkste principes van de relatie specialisten-ziekenfondsen werden in deze tijd vastgelegd: verwijzing door de huisarts en honorering per verrichting.

De belangrijkste koepel voor de relatie artsen-ziekenfondsen was de NMG. De NMP bleef op de achtergrond. Tot 1890 sprak de NMG zich alleen op aandrang van de afdelingen over ziekenfondskwesties uit. Deze afdelingen waren autonoom functionerende kringen, die zich op de Algemene Vergaderingen lieten horen bij plaatselijke problemen. De NMG werd als landelijke organisatie voor het ziekenfondswezen belangrijk in 1904, toen zij naar aanleiding van een verzoek van de regering-Kuyper haar mening en advies over de ziekteverzekeringwet gaf. Sindsdien groeiden haar betrokkenheid en invloed snel.

De fundamentele van de NMG-ziekenfondsideologie

Het NMG-rapport van 1908, samengesteld onder leiding van de Amsterdamse huisarts C.F. Schreve, was hiervoor de ideologische basis. De belangrijkste principes bij het ziekenfondsbeleid waren vrijheid van artsenkeuze, een goede rechtspositie van de medewerkers met abonnementshonoraria voor de huisartsen en een goede gezondheidszorg voor de verzekerden. De ziekenfondsverzekering moest lokaal worden uitgevoerd, zonder invloed van de verzuiling.

De ontwikkeling van deze ideologie was geleidelijk gegaan. De welstandsgrens en de vrije artsenkeuze werden in 1847 formeel vastgelegd in de statuten van het AZA. Andere principes als de lokale werking van de ziekenfondsverzekering, de representatieve samenstelling van de

ziekenfondsbesturen en het abonnementshonorarium voor geneeskundige hulp werden in de loop van de negentiende eeuw beschreven en in 1904 formeel door het NMG-Hoofdbestuur verwoord in het advies aan Kuiper. De NMG sprak zich in 1906 uit tegen de koppeling van de uitkering van ziekengeld en de ziekenfondsverzekering.

Het rapport-Schreve formuleerde deze principes opnieuw en vormde met de acceptatie en de aanvullingen door de Algemene Vergadering van 1908 het sluitstuk van deze ontwikkeling. De NMG-artsen konden nu op landelijk niveau een gericht ziekenfondsbeleid voeren. Dit betekende op het landelijk niveau de afsluiting van de tijd waarin de partijen werden gevormd, betrokken bij de ziekenfondsverzekering.

Artsen, verzekerden en fondsen; een wankel evenwicht

De echte ziekenfondsverzekering speelde zich tot 1908 inderdaad niet op landelijk, maar op lokaal niveau af. Weliswaar waren de afdelingen van de NMG een belangrijk machtsmiddel voor de artsen tegenover de ziekenfondsen, maar zij waren onvoldoende in staat om de eeuwige klachten over de misstanden bij de ondernemersfondsen te verhelpen. Zij vertegenwoordigden niet de apothekers, hoewel de departementen van de KNMP en de afdelingen vaak samenwerkten. Bovendien waren veel artsen, zoals sommige hygiënisten en sociaal-geneeskundigen, geen lid van de NMG.

Op lokaal niveau namen de artsen en apothekers zelf initiatieven om hun positie te verbeteren. Dit lukte soms niet, zoals in de kwestie Zaandam, maar vaak ook wel. Op het platteland richtten de artsen meestal hun eigen doktersfondsen op. In de steden richtten artsen en apothekers gezamenlijk fondsen op of trachtten collectief met de ondernemersfondsen te onderhandelen. De concurrentie tussen de artsen bleef tot 1890 beperkt door de schaarste aan medici. Deze schaarste was wel betrekkelijk. In steden als Amsterdam en Utrecht was hij minder dan op het platteland.

De consument als individu had in het landelijk ziekenfondsbestel niets in te brengen. Hij had alleen de vrije keuze voor de verzekering, die hij kon of wilde betalen. Hij werd als partij door de artsen wel erkend doordat hem in het NMG-rapport van 1908 een plaats werd gegund in de besturen van ziekenfondsen, die zouden kunnen voldoen aan door de NMG gestelde eisen. Dit was voorlopig nog maar theorie. De NMG richtte zelf nog geen ziekenfondsen op en er waren nog geen ziekenfondsen die zich voor erkenning hadden aangemeld.

De consument als collectief begon een machtsfactor te worden. De vakbeweging, socialistisch en confessioneel, was na 1890 machtig genoeg om onderlinge fondsen op te richten. Bij deze fondsen waren de verzekerden verantwoordelijk voor de vaststelling van de bestuursinrichting en het reglement en dus voor de samenstelling van het verstrekkingenpakket, het contracteren van de medewerkers en de keuze van het bestuur. De premie bij deze fondsen was niet veel lager, de verstrekkingenpakketten konden ruimer zijn. De gevestigde artsen en apothekers reageerden over het algemeen met afkeer van deze fondsen, maar omdat hun patiënten er nu eenmaal lid van werden, moesten ze ze uiteindelijk als marktpartij erkennen. Zij werden daartoe nog meer gedwongen, omdat nieuwkomers in de onderling beheerde fondsen een mogelijkheid zagen voor de opbouw van een praktijk.

De ziekenfondsen zelf? Ze vormden een bont gezelschap. Ze werkten niet samen, de bodes beconcurrerden elkaar, hun zorgpakket was beperkt en divers, hun administratie gebrekkig, hun actuariële grondslag beroerd, maar voor de minvermogende waren ze de enige mogelijkheid om zich te verzekeren voor ziekengeld, een fatsoenlijke begrafenis en geneeskundige zorg. Het aantal verzekerden groeide zelfs behoorlijk. Hoe functioneerde deze markt plaatselijk in Utrecht, Amersfoort en Zeist?

- ¹. Jan & Annie Romein, *De lage landen bij de zee. Een geschiedenis van het Nederlandse volk* (Amsterdam 1973) 446.
- ². P.J. Oud, *Honderd jaren. Een eeuw van staatkundige vormgeving in Nederland, 1840-1940* (Assen 1971) 3.
- ³. H. Daalder, 'Politieke Instellingen en Politieke Partijen', in: F.L. van Holthoorn, *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en Samenhang* (Assen 1985) 306-307.
- ⁴. P.J. Oud, *Honderd jaren*, 49.
- ⁵. A. de Swaan, *Zorg en de Staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd* (Amsterdam 1993) 109.
- ⁶. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 316.
- ⁷. *Eene Katholieke Partij: Proeve van een Program*. De katholieke partij kreeg echter pas in 1923 haar definitieve naam, Rooms-Katholieke Staatspartij.
- ⁸. P.J. Oud, *Honderd jaren*, 147.
- ⁹. P.J. Oud, 175.
- ¹⁰. H. Daalder, 'Politieke Instellingen en Politieke Partijen', 311.
- ¹¹. A.M. van der Woude, 'Bevolking en gezin in Nederland', in: F.L. van Holthoorn, *De Nederlandse samenleving sinds 1815*, 22. De grootste groei deed zich voor na 1849.
- ¹². J. Berting, 'In het brede maatschappelijke midden: de veranderende positie van de middengroepen in de Nederlandse samenleving tussen 1850-1980,' in: F.L. van Holthoorn, *De Nederlandse samenleving sinds 1815*, 126.
- ¹³. I.J. Brugmans, *Paardenkracht en mensenmacht. Sociaal-Economische Geschiedenis van Nederland, 1795-1940* (Leiden 1983) 194-195.
- ¹⁴. L.F. van Loo, "*den arme gegeven...*" *Een beschrijving van armoede, armenzorg en sociale zekerheid in Nederland, 1784-1965*. (Tweede druk; Amsterdam 1987) 17.
- ¹⁵. R. Vijfvinkel, K.P. Companje, W.J. de Geus, M.M. Hegener, '*s Haags Werken en Werkers. 350 jaar Gemeentewerken, 1636-1986*' ('s-Gravenhage 1986) 100, 125.
- ¹⁶. W. Romijn, *Welvaart en gezondheid* (Amsterdam 1955) 160.
- ¹⁷. R. Vijfvinkel e.a., '*s Haags werken en Werkers*, 100, 123.
- ¹⁸. I.J. Brugmans, *De arbeidende klasse in Nederland, 1813-1870* (Utrecht 1958) 162-163. Dit betreft het uitgavenpatroon van een Utrechts timmerman, overigens ook met een weekverdienste van f 7.
- ¹⁹. L.F. van Loo, "*den arme gegeven...*", 23.
- ²⁰. L.F. van Loo, idem, 47.
- ²¹. L.F. van Loo, *Arm in Nederland, 1815-1900* (Schagerbrug 1992) 32-33.
- ²². J. Berting, 'In het brede maatschappelijke midden', 128.
- ²³. J. Berting, idem, 129.
- ²⁴. L.F. van Loo, *Arm in Nederland, 1815-1990*, 33.
- ²⁵. L.F. van Loo, idem, 68.
- ²⁶. P.J. Oud, *Honderd jaren*, 181.
- ²⁷. J. Mannoury, 'De ontwikkeling van het sociale zekerheidsstelsel', in: F.L. van Holthoorn, *De Nederlandse samenleving sinds 1815*, 190.
- ²⁸. P.J. Oud, *Honderd jaren*, 190.
- ²⁹. I.J. Brugmans, *Paardenkracht en mensenmacht*, 417.
- ³⁰. L.F. van Loo, "*den arme gegeven...*", 61.
- ³¹. R. Vijfvinkel e.a., '*s Haags Werken en Werkers*, 125.
- ³². R. Vijfvinkel e.a., idem, 108.
- ³³. L.F. van Loo, "*den arme gegeven...*", 57.
- ³⁴. Rijksarchief in Utrecht, Archief van de afdeling Utrecht van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst, afgekort als afdeling Utrecht, inv.no. 76, rapporten en adviezen, uitgebracht door de verschillende commissies van de afdeling, 1850-1935, rapport over de wenselijkheid van een algemeen ziekenfonds, 1850.
De artsen zelf adviseerden de combinatie van een zieken- en begrafenisfonds, want *zonder dodenbus heeft eenen ziekenbus weinig levenskans*.
- ³⁵. J. Goudsmit, *Anderhalve eeuw dokteren aan de arts. Geschiedenis van de medische opleiding in Nederland* (Amsterdam 1978) 16-21.
- ³⁶. H.F. van der Velden, '*Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland*, 49.
- ³⁷. Afdeling Utrecht, inv.no. 2, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1860-1879, vergadering van 8 mei 1874.
Idem, inv.no. 20, ingekomen- en uitgaande stukken, 1849-1909, brief aan de leden betreffende de verhoging

van de particuliere tarieven, 1874.

³⁸. Idem.

³⁹. Afdeling Utrecht, inv.no. 2, notulen van de vergaderingen van 3 april en 8 mei 1874.

⁴⁰. De nieuwe tarieven werden:

- voor de laagste klasse, afhankelijk van afstand en gegoedheid f 0,50 tot f 0,75 per visite;
- de tweede klasse, f 0,75 tot f 1,50;
- voor personen, verkiesbaar tot leden van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, f 1,50 tot f 5.
- voor nachtvisites het drievoudige van het dagtarief;
- vaccinaties, f 1,50 tot f 10;
- subcutane injecties, het zetten van bloedzuigers, lavementen, aderlatingen, openen van abscessen, behalve de visite, f 1 tot f 5;
- verlossingen, al dan niet kunstmatig, f 10 tot f 150.

De tarieven mochten ook door niet NMG-leden worden toegepast.

Afdeling Utrecht, idem, notulen van de vergadering van 18 november 1874.

⁴¹. D. Bosschaert, *De stad Utrecht als medisch ontwikkelingsgebied* (Rotterdam 1969) 118.

⁴². D. Bosschaert, idem, 118.

⁴³. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 33.

⁴⁴. Deze tarieven waren gebaseerd op de belastingschalen voor het censuskiesrecht. De timmerman verdiende met zijn f 7 te weinig om hiervoor in aanmerking te komen.

Afdeling Utrecht, inv.no.2, notulen van de vergadering van 10 april 1874.

⁴⁵. Geciteerd door W.J. Leclercq, *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam, 1847-1 april 1947* (Amsterdam 1947) 30.

⁴⁶. Gegevens beschikbaar gesteld door L.A. van der Valk.

⁴⁷. Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport omtrent den toestand der ziekenfondsen in Nederland*. (2 dln; Amsterdam 1901-1907) deel II, 265.

⁴⁸. Afdeling Utrecht, inv.no. 6, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1909-1912, vergadering van 29 januari 1909.

⁴⁹. H.C. Sauër, *Geneeskundige verzorging van de minvermogende zieke in Nederland* (Amsterdam 1935) 6.

⁵⁰. Dit waren bussen voor de volgende beroepsgroepen: bakkers, zakkendragers, daghuurders, weversknechts, tappers, spinners, schoenmakers en schoenlappers.

⁵¹. L.A. van der Valk, *Mutual societies in the Netherlands and the state in the nineteenth century* (Tekst van een lezing van de Ninth British-Dutch conference on labour history; 1995) 17.

⁵². K.P. Comanje, 'De Schiedamse ziekenfondsen rond de eeuwwisseling', *Scyedam* 5 (1989) 160.

⁵³. Het eerste landelijk werkend begrafenisfonds was de Hollandsche Sociëteit van Levensverzekeringen van 1807. De rechtspersoonlijkheid was die der Naamloze Vennootschap.

J.L.J.M. van Gerwen en N.H.W. Verbeek, *Voorzorg & de Vruchten. Het verzekeringsconcern AMEV: zijn wortels en vertakkingen van 1847 tot 1995* (Amsterdam 1995) 22, 324.

⁵⁴. L.A. van der Valk, 'Zieken- en begrafenisfondsen in de negentiende eeuw: traditie en vernieuwing', in: *NEHA-Jaarboek voor economische, bedrijfs- en technische geschiedenis*, 59 (1996) 165-166.

⁵⁵. L.A. van der Valk, 'Zieken- en begrafenisfondsen in de negentiende eeuw', 173-175.

⁵⁶. K.P. Comanje, 'De Schiedamse ziekenfondsen rond de eeuwwisseling', 160.

Het fonds heette Sociëteit ter geneeskundige verzorging, onder de zinspreuk

'Waar men met ijver werkzaam is tot heil der Maatschappij'

'Daar bloeien welvaart en geluk, daar vliedt de bedelarij'.

⁵⁷. In Utrecht publiceerden de directeuren van het commerciële fonds Voorzorg ieder kwartaal een gedrukte rekening en een balans. De geschreven kwartaalstaten lieten zij door twee leden aftekenen.

OA ANOVA-Verzekeringen, voorlopige inventaris op het archief van het ziekenfonds Voorzorg en Hulp bij Ziekte, afgekort als VHZ, inv.no. 1A, driemaandelijkse rekeningen 1842-1863.

Idem, inv.no. 1, geschreven driemaandelijkse rekeningen, 1840-1869.

⁵⁸. L.A. van der Valk, 'Zieken- en begrafenisfondsen in de negentiende eeuw', 208.

⁵⁹. J.L.J.M. van Gerwen en N.H.W. Verbeek, *Voorzorg & de Vruchten*, 26.

⁶⁰. J.L.J.M. van Gerwen en N.H.W. Verbeek, idem, 26-27.

⁶¹. Geciteerd door:

- J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland* (Vlissingen 1930) 6.

- H.C. Sauër, *De geneeskundige verzorging van den minvermogende zieke in Nederland*, 15-16.

⁶². K.P. Comanje, *Ziekenzorg. Een Utrechts ziekenfonds en zijn eigen instellingen* (Zeist 1994) 20.

⁶³. K.P. Comanje, 'De Schiedamse fondsen rond de eeuwwisseling', 173.

⁶⁴. In Schiedam kozen mensen die in de buurt van het Broersveld woonden vaak voor het commerciële

Onderling verzekeringfonds voor zieken genaamd Het Vertrouwen, opgericht in 1857. Dit fonds was het enige ondernemersfonds in Schiedam, tevens het grootste fonds met 1.500 leden,

⁶⁵. De percentages zijn ontleend aan L.A. van der Valk, *Mutual Societies*, 8. De getallen aan A.M. van der Woude, 'Bevolking en gezin in Nederland', 22.

⁶⁶. In Amsterdam waren in 1842 52.771 mensen verzekerd bij 71 ziekenbussen.

W.J. Leclercq, *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam*, 16.

In Utrecht waren in 1851 bij een bevolkingsgrootte van 49.227 4.391 mensen verzekerd bij 12 zieken- en begrafenisbussen. In 1853 waren van de 52.017 inwoners 4.309 verzekerd bij de 12 bussen. Het aantal verzekerden nam af bij een groeiende bevolking.

Gemeente-archief Utrecht, Verslagen van de gemeente Utrecht over 1851 en 1853.

⁶⁷. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 243-244.

⁶⁸. Afdeling Utrecht, inv.no. 66, verslag van de constituerende vergadering van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst te Amsterdam, 1849.

⁶⁹. P.C. Juffermans, *Staat en gezondheidszorg in Nederland* (Nijmegen 1982) 117.

⁷⁰. J.B. Jaspers, *Het medische circuit*, 6.

⁷¹. E.S. Houwaart, *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890* (Groningen 1991) 231.

⁷². M.J. van Lieburg, 'De tweede geneeskundige stand (1818-1865). Een bijdrage tot de geschiedenis van het medisch beroep in Nederland', *Tijdschrift voor Geschiedenis* 96 (1983) 450.

⁷³. D. Cannegieter, *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet* (Assen 1954) 74.

⁷⁴. D. Cannegieter, idem, 75.

⁷⁵. P.C. Juffermans, *Staat en gezondheidszorg*, 117.

⁷⁶. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 57.

⁷⁷. E.S. Houwaart, *De hygiënisten*, 230-234.

⁷⁸. E.S. Houwaart, idem, 324.

⁷⁹. Idem, 310.

⁸⁰. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 59.

⁸¹. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 244.

⁸². H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 62.

⁸³. Maatschappij tot Nut van het Algemeen, *De ziekenfondsen in Nederland* (z.p. 1895) 66.

⁸⁴. Aldus J. Menno Huizinga in zijn verslag over een onderzoek naar het functioneren van de Nederlandse ziekenfondsen.

ARA, Plaatsingslijst van het archief van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst. 1849-1942, afgekort als NMG, inv.no. 45, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1887-1900, Handelingen van de Algemene Vergadering van 7 juli 1890.

⁸⁵. J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 7-9.

W.J. Leclercq, *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam*, 16.

⁸⁶. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 159.

⁸⁷. W.J. Leclercq, *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam*, 20.

⁸⁸. Maatschappij tot Nut van 't Algemeen, *De Ziekenfondsen in Nederland*, 71, 74-75.

⁸⁹. Medeling van L.A. van der Valk.

⁹⁰. W.J. Leclercq, *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam*, 49, 71.

⁹¹. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 56.

W.J. Leclercq, *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam*, 33-34.

⁹². H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij. Geschiedenis van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (Utrecht 1974) 317.

⁹³. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 145.

⁹⁴. NMG, inv.no. 43, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, handelingen van de Algemene Vergadering van 22 en 23 juni 1864, 5.

⁹⁵. J.B.J. Bollerman en J.N.J. Broenink, *Het begrafenisfonds 'Let op uw Einde' 1847-1893* (Leiden 1983) 9.

⁹⁶. J.B.J. Bollerman en J.N.J. Broenink, idem, 50.

⁹⁷. NMG, inv.no. 111, Ziekteverzekeringen en ziekenfondsen, 1864-1904, brief van het Ministerie van Binnenlandse Zaken over busregistraties, 31 december 1864.

⁹⁸. NMG, inv.no. 44, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst, 1867-1886, handelingen van de Algemene Vergadering van 21 en 22 juni 1871.

⁹⁹. NMG, inv.no. 45, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1887-1900, handelingen van de Algemene Vergadering van 2 en 3 juli 1888.

¹⁰⁰. NMG, idem, handelingen van de Algemene Vergadering van 8 en 9 juli 1889.

- ¹⁰¹. Idem, handelingen van de Algemene Vergadering van 7 juli 1890.
- ¹⁰². NMG, inv.no. 111, Ziekteverzekeringen en ziekenfondsen, 1864-1904, brief van het bestuur van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen aan het hoofdbestuur van de NMG, 1892.
- ¹⁰³. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 57.
- ¹⁰⁴. H.F. van der Velden, idem, 57.
- ¹⁰⁵. De ontwikkeling van de medische specialisatie is beschreven in A. Juch, *Medisch specialisten in Nederland. Manifestatie en consolidatie in de gezondheidszorg, 1890-1941* (Dissertatie; Rotterdam 1997).
- ¹⁰⁶. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 61.
- ¹⁰⁷. Afdeling Utrecht, inv.no. 5, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1898-1908, vergadering van 29 april 1898.
- ¹⁰⁸. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 60.
- ¹⁰⁹. H.C. Sauër, *Geneeskundige verzorging van den minvermogende zieke in Nederland*, 25-26.
- ¹¹⁰. Afdeling Utrecht, inv.no. 4, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1891-1897, vergadering van 26 februari 1892.
- ¹¹¹. NMG, inv.no. 45, handelingen van de Algemene Vergadering van 5 en 6 juli 1897.
- ¹¹². H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 159.
- ¹¹³. *Rapport over de Ziekenfondsen te Amsterdam*. Amsterdam 1900.
- ¹¹⁴. H.C. Sauër, *Geneeskundige Verzorging van den minvermogende zieke in Nederland*, 42.
- ¹¹⁵. NMG, inv.no. 45, handelingen van de Algemene Vergadering van 4 en 5 juli 1898.
- ¹¹⁶. NMG, idem.
- ¹¹⁷. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 190, 321.
- ¹¹⁸. Huisartsen, specialisten, apothekers en paramedici.
- ¹¹⁹. NMG, inv.no. 46, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1901-1909, handelingen van de Algemene Vergadering van 6 juli 1908.
- ¹²⁰. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 326.
- H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 12-13.
- ¹²¹. NMG, inv.no. 111, Ziekteverzekeringen en ziekenfondsen, 1864-1904, gedrukte reactie op het ontwerp Ziekteverzekeringwet 1904.
- ¹²². NMG, inv.no 46, handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering van 25 maart 1906.
- ¹²³. Afdeling Utrecht, inv.no. 5, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1898-1908, vergadering van 23 november 1906.
- ¹²⁴. *Adres over het ontwerp van wet regelende de wettelijke verplichting van vaste werklieden om zich en hunne gezinnen te verzekeren tegen geldelijke gevolgen van ziekte en bevalling, ingediend bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal door het Hoofdbestuur der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.* (z.p. 1907).
- ¹²⁵. Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport omtrent den toestand der ziekenfondsen in Nederland*, 2. Afgekort als Rapport.
- ¹²⁶. Artsen en apothekers.
- ¹²⁷. In Utrecht had de machinefabriek Smulders een eigen ziekenfonds.
- ¹²⁸. Rapport, 85.
- ¹²⁹. NMG, inv.no. 46, handelingen van de Algemene Vergadering van 6 juli 1908.
- ¹³⁰. Rapport, 11.
- ¹³¹. Rapport, 12.
- ¹³². Rapport, 24-25.
- ¹³³. Rapport, 49.
- ¹³⁴. Rapport, 26.
- ¹³⁵. Rapport, bijlage, 2.
- ¹³⁶. Rapport, 30.
- ¹³⁷. Rapport, 88.
- ¹³⁸. Rapport, 63.
- ¹³⁹. Rapport, 62.
- ¹⁴⁰. Rapport, 66
- ¹⁴¹. Rapport, 70.
- ¹⁴². Rapport, 70.
- ¹⁴³. NMG, inv.no. 45, handelingen van de Algemene Vergadering van 1900.
- ¹⁴⁴. Rapport, 79.
- ¹⁴⁵. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 196.
- ¹⁴⁶. A. de Swaan, idem, 200-201, 203-207.

¹⁴⁷. Rapport, 80.

De ziekenfondsen in de regio Midden-Nederland met premiestelling, ledentallen en verstrekkingen

Ziekenfonds	Leden- tal ¹	Pre- mie ²	Huis- arts	Spe- cialist	Tand- arts	Beval- ling	Gast- huis	Ver- band	Vacc- natie	Medi- cijnen
NAZ	-	12,5	+	-	-	+ ⁴	-	-	-	-
Nutszieken- fonds	-	20	+ ⁵	-	-	+ ⁶	-	-	+ ⁷	-
Zeister Ziekenfonds	580	24 ⁸	+	-	-	+ ⁹	-	- ¹⁰	-	-
Hulp bij Ziekte	2.000	25	+	-	+	+ ¹²	-	+	-	+
De Voorzorg	4.100	26	+	+ ¹³	+	+ ¹⁴	-	-	-	+
Liduina	-	10 ¹⁶	+	-	+	+	+	+ ¹⁷	-	+
Broederhulp	140	25	+	-	-	+	-	+	-	+
Fabrieksfonds van Smulders	250	2% ²⁰	+	+	-	-	-	-	-	-
Wijkbelang	-	20	+	-	-	+	-	+	-	-
Ziekenzorg	615	26	+	-	+ ²²	-	-	+	+	
AUZ	150	25	+	-	-	-	-	+	-	+

-
1. Totaal aantal leden in 1901, indien opgegeven.
 2. Voor een kostwinner met een gezin per week in centen.
 3. Z = ziekingeld.
B = begrafenisgeld
K = kraamgeld
O = ongevallenuitkering
 4. Na een wachttijd van zes maanden.
 5. Na een wachttijd van een maand.
 6. Na een wachttijd van 6 maanden door een vroedvrouw.
Bij complicaties mag er geen verloskundige worden geroepen, maar moet de huisarts helpen..
 7. Kinderen moeten binnen een jaar worden gevaccineerd.
 8. Voor alle verstrekkingen gold een wachttijd van 14 dagen na de inschrijving.
 9. Door de arts.
 10. Een breukband werd eenmalig verstrekt.
 11. f 2 bij een bevalling
 12. Door de huisarts. Geen vergoeding voor buitengewone bevallingen.
 13. Bij behandeling in de Kliniek op verwijzing van de huisarts.
 14. In bijzondere gevallen door een verloskundige.
Voor een regelmatige bevalling wordt geen uitkering verstrekt.
 15. f 5 bevallingsgeld na een minimale zwangerschap van 5 maanden.
 16. Voor alle verstrekkingen gold een wachttijd van 4 weken na de inschrijving.
 17. Kunst- en hulpmiddelen werden vergoed na een besluit van het bestuur.
 18. Een uitkering van f 5.
 19. f 5 bij iedere bevalling.
 20. Van het weekloon.
 21. f 4 met een wachttijd van 4 maanden na de inschrijving.
 22. Extracties door de huisarts.

Deel I: De partijen worden gevormd

Het regionaal niveau

1.6 Ziekenfondsen, artsen en apothekers in Zeist en Amersfoort

Het Onderlinge Ziekenfonds te Zeist

Zeist was in de negentiende eeuw een landelijke gemeente op de zandgronden van de Utrechtse heuvelrug. De bevolking groeide van 8.717 inwoners in 1899 tot 12.744 in 1909.¹ Het dorp werd aantrekkelijk als buitenplaats voor gefortuneerde stadsbewoners. De beroepsbevolking bestond in 1909 uit 4.788 mensen, werkzaam in de landbouw, de detailhandel, de huishouding en de lichte industrie. Karakteristiek voor Zeist was de grote scheiding tussen de gewone arme en minvermogende Zeistenaar en de rijke, vaak adellijke bovenlaag.

De hygiënische omstandigheden waarin de gewone Zeistenaars leefden waren minimaal, maar niet slechter dan in de andere dorpen op de heuvelrug. In 1895 was er nog geen sprake van de aanleg van waterleiding en riolering. Er waren 31 waterpompen beschikbaar voor 6.000 inwoners.² De cholera en tyfus hadden in de negentiende eeuw wel hun sporen nagelaten, maar de gemeenteraad had geen vaste plannen voor de verbetering van de hygiënische infrastructuur.

De onvermogene Zeistenaars konden na 1851 voor hun geneeskundige zorg een beroep doen op de Algemene Armencommissie. De gemeente weigerde in 1851 de armenzorg te organiseren, zoals zij volgens de Gemeentewet verplicht was. Om hier toch in te voorzien namen enkele notabelen het initiatief tot de opichting van een particuliere commissie voor de verstrekking van voedsel, kleding, medicijnen en werk.³ Deze commissie was niet kerkelijk gebonden.

De verstrekking van medicijnen werd voor de commissie zo bezwarend, dat zij op 6 november 1856 besloot om voor de onvermogenen deel te nemen in het *ziekenfonds alhier bestaande*.⁴ Dit was het eerste levensteken van het latere Zeister Ziekenfonds. In het rapport van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen en in het NMG-rapport werd 1856 als stichtingsjaar opgegeven.⁵ Het fonds was uitsluitend opgericht voor het verstrekken van medicijnen aan minvermogenen. De dorpsdokter had inkomsten genoeg om deze groep gratis te voorzien van geneeskundige hulp.⁶

De Armencommissie besloot als proef een aantal onvermogene gezinnen bij het fonds in te schrijven. De bijdragen voor de armen zouden wekelijks aan de bode van het fonds worden betaald. Het werd zo'n succes dat deze deelname in 1859 werd uitgebreid tot 40 en in 1862 tot 50 gezinnen.

Het ziekenfonds was volledig zelfstandig. In het Gemeenteverslag van 1889 werd vermeld dat het met *de Spaarkas en de vrouwenvereniging veel bijdroeg tot de leeniging der armoede*.⁷ Het bestuur bestond in 1889 uit G. Costerman, voorzitter en arts, A.L. Grothe, vice-voorzitter, jonkheer O.H. Sickinghe, secretaris, en jonkheer J.H. Huydecooper, penningmeester. De beide jonkheren zaten ook in het bestuur van de Algemene Armencommissie. Op 17 juli 1888 werd het reglement herzien en uitgereikt aan de Armencommissie.⁸ Oudere versies zijn niet bekend. Het fonds had toen de naam het Onderlinge Ziekenfonds te Zeist.

Dit onderlinge karakter was nogal letterlijk. Een dagelijks bestuur en een commissie van toezicht voerden het beheer en deze colleges vulden zichzelf aan. De commissie van toezicht controleerde de administratie van het bestuur, terwijl de vice-voorzitter van het bestuur ook lid was van de commissie van toezicht. Het fonds had geen welstandsgrens. Het lidmaatschap was gebonden aan twee beperkingen:

- Het gezinshoofd mocht geen bedrijf uitoefenen en in dat bedrijf een goed bestaan vinden.
- Men mocht geen onzedelijk gedrag vertonen.

Gehuwden zonder kinderen betaalden ieder 5 cent premie, gehuwden met kinderen 4 cent. Kinderen beneden de 8 jaar kostten 2 cent en van 8 tot 14 jaar 1 cent. Voor deze premie had men recht op geneeskundige hulp van dokter Costerman, op verloskundige hulp en op medicijnen. Kunst- en hulpmiddelen werden verstrekt uit een aanvullingsfonds, dat aangevuld werd door schenkingen, niet door contributies.

De apothekers kregen als honorarium per kwartaal al het kasgeld, na aftrek van onkosten en afhankelijk van het aantal bij hen ingeschreven leden. Eens per jaar mochten de leden van apotheek verwisselen, niet van dokter.

Op 28 mei 1898 werd het reglement herzien.⁹ Het bestuur bestond in het vervolg uitsluitend uit medewerkers, de commissie van toezicht uit notabelen. Financiële deelname door de gemeente en kerkelijke gemeenschappen werd uitgesloten. In 1903 werd de naam veranderd in Ziekenfonds voor

den Arbeidenden Stand of voor den Werkenden Stand. Deze namen werden nogal eens door elkaar gebruikt.

Het fonds had een bode, Toon Klomp.¹⁰ In 1909 besloot het bestuur tot de opstelling van een bodeinstructie.¹¹ Klomp kreeg een cent per lid per week en bij inschrijving een weekpremie. Het werd hem uitdrukkelijk verboden zijn verzekerden te adviseren bij het kiezen van de arts of apotheker. Toon was blijkbaar een betrouwbare kerel, want hij mocht als gunst naar eigen inzicht zijn klantjes krediet geven. Dit had een andere betekenis dan het krediet dat de bodes bij de ondernemersfondsen verstrekten. Bij deze fondsen was het gebruikelijk, dat bodes gemiddeld vier weken wanbetaling voor hun rekening namen, de zogenoemde kwade schuld.

De Zeister artsen waren lid van de afdeling Utrecht van de NMG. Op 5 maart 1910 werd op verzoek van de Afdelingsraad van deze afdeling een welstandsgrens voor gezinnen op *f* 800 en voor alleenstaande personen op *f* 600 ingesteld. Deze grens lag lager dan het landelijk gemiddelde. De artsen achtten het inkomen van de minvermogende Zeistenaren lager dan van de omringende gemeenten.¹²

Met de groei van de gemeente nam ook het aantal artsen toe. Deze werden zonder concurrentiestrijd als nieuwe medewerkers bij het fonds aangenomen. De artsen en apothekers kregen geen deel uit de reservekas. De honoraria, zowel voor de artsen als voor de apothekers werden in 1901 bij abonnement betaald.¹³ De artsen kregen per jaar voor een lid *f* 2,08 en voor een gezin *f* 5,20. De apothekers kregen een vast bedrag per lid of per gezin, zonder onkostenvergoeding. Deze regeling was bevredigend, want tot 1917 werd het abonnementshonorarium niet bekritiseerd.

Het Zeister ziekenfonds had zich ontwikkeld van een klein fonds, bestemd voor de uitkering van geneesmiddelen, tot een door de artsen en apothekers in samenwerking met de plaatselijke notabelen beheerde instelling. De verzekerde had geen invloed op de inrichting van het fonds, maar hij had wel vrije artsenkeuze. Hij kon niet kiezen voor een concurrerende instelling, het was voor hem het enige middel om te voorzien in de belangrijkste vormen van medische zorg als hij geen beroep kon of wilde doen op de Armencommissie.

Het Nut en het Amersfoortsch Ziekenfonds

De Maatschappij tot Nut van 't Algemeen, het Nut, had in de negentiende eeuw ook een Departement in Amersfoort. Het Nut is een landelijk werkende organisatie op humanistische grondslag, opgericht in de achttiende eeuw. Het doel van het Nut was de verbetering van de situatie van de maatschappelijk lagere en middengroepen door het verstrekken van sociale zorg en het geven van onderwijs.

Het gemeentebestuur van Amersfoort had de geneeskundige armenzorg wel geregeld, in tegenstelling tot het bestuur van Zeist. De minvermogende Amersfoorter kon zich tot 1862 niet verzekeren tegen ziektekosten. Een ziekenfonds bestond in Amersfoort nog niet. De nog bestaande voormalige gildebussen verzekerden alleen de kosten van een begrafenis. Het bestuur van het Amersfoortse Nutsdepartement was zich bewust van de noodzaak om in deze leemte te voorzien en besloot in de winter van 1861/1862 voor een experiment met een ziekenfonds.¹⁴

Het bestuur van dit fonds zou moeten bestaan uit leden van het Departement en drie leden, die geen relatie hadden met het Nut. Deze constructie werd gekozen om duidelijk te maken dat het fonds voor Amersfoorts ingezetenen was bedoeld, voorzover zij minvermogend waren. Alle Amersfoortse artsen en apothekers waren bereid zich bij het fonds aan te sluiten. Het ziekenfonds begon op 10 augustus 1862 met het inschrijven van leden na een reclamecampagne in de dagbladen.

Het Nut regelde het beheer over het fonds afdoende. De administratiekosten van het fonds moesten eerst worden betaald en van wat daarna overbleef uit de premieopbrengsten zou worden verdeeld over de reservekas en de medewerkers.¹⁵ De premie werd gesteld op 10 cent voor alleenstaande volwassenen en op 15 tot 20 cent voor gezinnen met kinderen. De bode kreeg 1,5 cent per lid per week voor zijn diensten.

Het fondsbestuur werkte samen met Burgemeester en Wethouders en vergaderde op het stadhuis. De ambtenaar, belast met het afgeven van de briefjes voor het recht op geneeskundige armenzorg, zou er speciaal op letten dat klanten die eigenlijk in het ziekenfonds hoorden, werden doorgestuurd.

Het eerste jaar was geen succes. Het fonds had maar zes leden, maar het boekjaar werd wel afgesloten met een batig saldo van *f* 15,70 zonder dat het Departement subsidie verleende. Het ledental nam langzaam toe, van 290 verzekerden in 1875 tot 363 in 1883. De inkomsten in deze periode groeiden van *f* 2.073 tot *f* 2.545,19, de uitgaven van *f* 1.950 tot *f* 2.419.¹⁶ De reservekas was goed gevuld.

Het Amersfoorts ziekenfondsschisma

De geschiedenis van het Nutsfonds was vreedig tot 1898. In dat jaar ontstond een meningsverschil tussen een medewerker, de arts H.W. Schreuder, en het bestuur.¹⁷ De dienstbode van een Amersfoortse familie liet zich bij deze arts inschrijven, terwijl de familie behandeld werd door een andere arts, Hagendoorn. Schreuder weigerde de inschrijving van de dienstbode in zijn praktijk, maar hij kreeg van het fondsbestuur opdracht deze te accepteren. Deze dwang schoot bij de arts in het verkeerde keelgat. Dit was voor hem in strijd met de onbeperkte vrije artsenukeuze: hij had als arts net zo goed het recht een patiënt te weigeren als een lid het recht had op een arts naar keuze.

Op 24 augustus richtte Schreuder als reactie met zijn collega's Van Driel, Croockewitt, en Jorissen het Nieuw Ziekenfonds op, het NZ.¹⁸ De artsen wilden een modern ziekenfonds, waar de vrije artsenukeuze en het abonnementshonorarium de belangrijkste artikelen in het reglement zouden zijn. Het bestuur zou bestaan uit drie artsen, twee apothekers en twee verzekerden. Het NZ was het eerste medewerkersfonds in Midden-Nederland waar de verzekerden bij het bestuur betrokken werden.

De premies waren gelijk aan die van het Nutsfonds. De apothekers kregen 3/10 en de artsen 7/10 van het batig saldo als honorarium. Het NZ bloeide. In 1901, het topjaar, waren 741 leden ingeschreven. Het Nutsfonds en het medewerkersfonds bestonden broederlijk naast elkaar. Het Amersfoorts schisma, veroorzaakt door het principe van de vrije artsenukeuze, zou pas in januari 1929 worden geheeld door de samenvoeging van de beide fondsen in het Nieuw Amersfoortsch Ziekenfonds.

1.7 Bevolking, economie en geneeskundige zorg in het negentiende eeuwse Utrecht

Bevolking en economie

De bevolking van de stad Utrecht groeide in de negentiende eeuw meer dan 100%. Het aantal inwoners nam toe van 40.000 in 1825 tot 100.000 in 1900.¹⁹ Deze groei werd veroorzaakt door een geboorteoerschot en door immigratie. De meeste nieuwkomers waren middenstanders of arbeiders.

De stad was verdeeld in wijken. Iedere wijk had een eigen bestuur, dat bestond uit een wijkmeester met zijn helpers. De wijkmeester was verantwoordelijk voor de bedeling van de gemeentelijke armenzorg, de veiligheid op straat en de handhaving van de hygiëne. De welvaart van de bevolking verschilde niet alleen per wijk, maar in de wijken zelf was er ook een groot verschil tussen arm en rijk. De meervermogenden woonden in de grotere straten en langs de hoofdgrachten, terwijl de min- en onvermogenden waren gehuisvest in de kleinere zijstraatjes, de sloppen en de stegen. De buitenwijken, zoals Lauwerecht, waren in 1830 zeker geen luxe villawijken, maar gewone buurten met straten, stegen en sloppen.

De Utrechters bleven tot 1850 liever in de binnenstad wonen, hoewel de woningnood daar steeds groter werd en de kwaliteit van de woningen voor de min- en onvermogenden er bijzonder slecht was. Zij woonden in krotten of in slechte nieuwbouw. Na 1860 werd het percentage van de bevolking, dat in de buitenwijken woonde groter. Het gebied buiten en rond de Tolsteeg werd steeds meer bebouwd. De woonfunctie in de binnenstad verschoof. Wijk C werd als echte volkswijk steeds intensiever bewoond en bebouwd, vol met stegen en gangetjes. Wijk F was de deftige wijk, met ruime en fraaie panden.

De bouwnijverheid was een van de pijlers van de Utrechtse economie. Voor 1850 werd vooral geïnvesteerd in de infrastructuur en de verfraaiing van de stad door de afbraak van de wallen en de stadspoorten en de verbetering van het wegennet. Na 1850 groeide het belang van de nieuwbouw voor de opvang van de bevolkingsgroei door de bouw van arbeiderswoningen en herenhuizen.

Naast de bouwnijverheid bestond de economie voornamelijk uit een dienstensector, bestaande uit handel en nijverheid en het academisch onderwijscentrum. De handelsfunctie van de stad als regionaal centrum werd versterkt door de aanleg van de eerste spoorlijn in 1843. De industrie was in opkomst. De grotere ondernemingen waren een lakenfabriek, een zijdeweaverij, de kunstcementfabriek van de firma Wed. Cazijs en twee bierbrouwerijen.²⁰ Nieuwe industrieën waren de sigarenfabrieken, waar in 1869 1.700 mensen werkten, voornamelijk thuiswerkers en een ijzergieterij met een afdeling bruggenbouw. Deze had 200 man in dienst.²¹

De minvermogene beroepsbevolking, 1830-1851²²

	1830	1840	1851
Geschoolde arbeiders	7.363	8.210	8.432
Dienst- en werkbodes	3.847	3.987	3.843
Dagloners en overige arbeiders	5.675	6.340	6.548
Totaal	16.885	18.537	18.823
Bevolking	42.887	47.814	48.227
Percentage	39	38,37	39,4

De woonomstandigheden en leefomstandigheden van de min- en onvermogene groepen in Utrecht waren niet beter of slechter dan in andere steden.²³ Hun gezondheid was matig door de eenzijdige voeding, het gebrek aan hygiëne en de slechte woonomstandigheden en zij waren vatbaar voor volksziekten als de gevreesde cholera of de pokken.

De volksgezondheid

De gemiddelde jaarlijkse sterfte per 1.000 inwoners was in de stad Utrecht in de periode 1841-1860 31,51.²⁴ Het sterftecijfer voor de provincie Utrecht was 29,49. Het landelijk gemiddelde was 22,78.

De gemiddelde levensverwachting voor de mannen in de provincie was in de jaren 1840-1851 29,78 jaar en in de stad 24,05 jaar. Dit was voor de vrouwen 32,42, respectievelijk 27,6 jaar. Deze cijfers verbeterden de eerste jaren niet.

Utrecht nam een droevige eerste plaats in in de rangen van de kindersterfte. In het eerste levensjaar stierf 20% van de baby's en in tijden van epidemieën 25-33%, met als belangrijkste oorzaak slechte kindervoeding.²⁵ Borstvoeding was geen mode. De gezondheid van de arbeidersvrouwen was vaak zelf

al matig en zij hadden nauwelijks de tijd hun kinderen te zogen. Baby's kregen slechte koemelk, pap of aten te vroeg mee uit de pot.

De stad werd tussen 1832 en 1895 zeven keer getroffen door cholera-epidemieën, die meer dan 4.800 mensen het leven kostten.²⁶ De gemeente trof bij iedere epidemie tijdelijke maatregelen, zoals de verstrekking van drinkwater, ontsmetting van putten en riolen en aangepaste geneeskundige zorg. Zodra de epidemie achter de rug was, werd hiermee gestopt zonder dat de problemen, veroorzaakt door de slechte riolering, de gebrekkig georganiseerde gezondheidszorg en het ontbreken van de waterleiding structureel werden aangepakt.

Toch veranderden er een paar dingen.²⁷ Door de voortdurende druk van de hygiënisten tijdens de discussies in de gemeenteraad werd in 1876 het tonnenstelsel ingevoerd om de afvoer van fecaliën te regelen. De gemeente begon in 1883 met de aanleg van de waterleiding. Geschoolde arbeiders die het door de groeiende economie wat beter kregen, verhuisden naar betere buurten. Daar was het risico van besmettelijke ziekten wat minder. Het zindelijkheidsbesef nam toe bij de bevolking, vooral door de verbreiding van de nieuwe hygiënistische ideeën.

De strijd tegen de pokken begon in 1846 toen voor de gratis vaccinatie van minvermogenden een bureau werd geopend in het gebouw Het IJzeren Hek aan de Breedstraat. De gemeenteraad riep in 1858 na een pokkenepidemie een vaste Commissie voor de koepokinenting in het leven. Deze commissie moest de kinderen op de scholen en in de werkplaatsen controleren op inenting. Alle kinderen onder de 16 jaar moesten gevaccineerd zijn.²⁸ Iedere on- en minvermogende Utrechenaar kon zich gratis laten inenten. Deze acties hadden succes. Van 1870-1873 heerste de laatste pokkenepidemie. De grote man achter de pokkenactie was de stadschirurg Lamie.²⁹

De belangrijkste initiatieven voor de verbetering van de Utrechtse gezondheidszorg werden genomen door medisch hoogleraren met hygiënistische opvattingen. In 1855 werd op initiatief van de hoogleraren G.J. Mulder³⁰ en F.C. Donders³¹ de Gezondheidscommissie opgericht. Mulder vond dat de Provinciale commissies van Geneeskundig onderzoek en toezicht te weinig effect hadden. De Gezondheidscommissie spande zich in voor medische voorlichting en de aanleg van waterleiding en riolering. Mulder was ook betrokken bij de Vereniging tot Verbetering der Volksgezondheid uit 1866, die zich inspande voor verbetering van het drinkwater, de volkshuisvesting, de straathygiëne en het volksvoedsel. De latere hoogleraar oogheelkunde H. Snellen sr. was de motor achter deze vereniging.³² Zijn initiatieven stimuleerden Utrechtse notabelen de lakse gemeenteraad onder druk te zetten voor een progressiever beleid, maar zonder directe resultaten.³³ In 1892 had Utrecht echter nog steeds geen algemene waterleiding.

De geneeskundige verzorging in Utrecht na 1850; de geneeskundige armenzorg

De geneeskundige armenzorg werd in Utrecht voornamelijk verzorgd door de kerkelijke armenzorg. Deze instellingen verkeerden in een slechte financiële positie. De Nederlands Hervormde diaconie moest soms haar tekorten aanzuiveren door de verkoop van aandelen Nederlandse Staatsschuld.³⁴ Het Rooms-Katholieke Parochiale Armbestuur had naar verhouding te veel armen voor de beperkte mogelijkheden, en de lust van de rijkere kerkleden tot het verstrekken van geldelijke offers nam af. Het openbaar armbestuur van Utrecht, de Aalmoezenierskamer, was afhankelijk geworden van te krappe stedelijk subsidies. Steeds meer Utrechtse armen klopten bij het stedelijk armbestuur aan, nadat zij zich tevergeefs hadden aangemeld bij hun kerkelijk armbestuur. Veel onvermogenden kregen door diverse bureaucratische bepalingen, gebrek aan coördinatie en te weinig deskundige krachten niet de hulp die zij nodig hadden.

De eerste soort hulpverlening die in Utrecht gereorganiseerd werd, was de geneeskundige armenzorg. De kerken waren verplicht hun leden op vertoon van een bewijs of teken van onvermogen te voorzien van geneeskundige hulp en medicijnen. Het werd voor hun armbesturen door geldgebrek en de toenemende behoefte aan medische zorg onmogelijk om nog in voldoende mate aan de vraag te voldoen. Dit werd nog erger, doordat ieder armbestuur zijn eigen medische dienst met eigen wijkindelingen erop nahield. Er waren twaalf armbesturen en het kon voorkomen dat in een gezin, waarin de man Rooms-Katholiek, de vrouw protestants en een meerderjarige dochter geen lidmaat van een gemeente was, drie geneesheren gelijktijdig verschenen.³⁵ Ook waren artsen in dienst van verschillende armbesturen, waardoor zij op dezelfde dag soms drie keer in dezelfde straat moesten zijn.³⁶

Dit was voor de artsen onwerkbaar. Iedere geneeskundige armenzorg had bovendien zijn eigen wijze van honoreren, ook voor de levering van geneesmiddelen. Een en ander was voor de artsen en apothekers een reden om al in 1850 door middel van de Plaatselijke Commissie van Geneeskundig Onderzoek en Toezicht aan Burgemeester en Wethouders een brief te sturen met het verzoek een

centrale Geneeskundige dienst der armen in te richten, zoals bij diverse choleraepidemieën was gebeurd.³⁷ Elke wijk zou zijn eigen artsen moeten krijgen en de geneesmiddelenvoorziening zou uniform geregeld moeten zijn. Een betere honorering bevorderde bovendien de continuïteit bij de artsen die zich met de armenzorg bezighielden. Het was voor jonge artsen vaak een middel om een praktijk te beginnen. Zodra deze enigszins floreerde, beëindigden zij meestal hun contracten met de armbesturen.³⁸

De inefficiency was ook het gemeentebestuur een doorn in het oog. B & W hadden hierbij niet het belang van de onvermogene zieke op het oog, maar wel hun eigen bezuinigingsdrift. Het college toonde zich in 1850 zeer gevoelig voor het argument dat door samenvoeging van alle medische diensten niet alleen de concurrentie tussen de armen diensten overwonnen zou kunnen worden, maar dat alle fondsen voor de geneeskundige armverzorging samengevoegd zouden kunnen worden. Hierdoor kon het budget van de Almoezenierskamer worden beperkt.³⁹

Een poging om de kerkelijke armbesturen van het nut hiervan te overtuigen mislukte. De Nederlands Hervormde diaconie keurde het af als *strijdig met beginsel en verwachting*.⁴⁰ Zij wees iedere vorm van ontzuiling af. Het gemeentebestuur probeerde het nog een paar keer, zoals na de grote choleraepidemie van 1866, waarbij het nut van samenwerking in een dienst duidelijk werd aangetoond.

De kwestie raakte in 1870 in een stroomversnelling, doordat geen enkel armbestuur de kosten van zijn medische diensten nog kon opbrengen en de Utrechtse artsen uit onvrede met de chaotische situatie min of meer in staking gingen.⁴¹ Zij dienden hun ontslag in bij hun armbesturen. Dit werd vooral door het Rooms-Katholiek armbestuur zeer op prijs gesteld, want dit had nu eindelijk een reden om zijn armen voor hun geneeskundige verzorging aan de Almoezenierskamer over te doen. De regenten wilden dit al jaren, want de kosten waren voor hen niet meer op te brengen. Zolang zij echter nog de beschikking hadden over armen doktoren, was het argument uit de Armenwet van volstrekte onvermijdelijkheid om het burgerlijk armbestuur boven het kerkelijk armbestuur te stellen, niet hanteerbaar.

De meeste kerkelijke armbesturen, ook de Hervormden, raakten geïnteresseerd in deze regeling. Zij begonnen de financiële onmogelijkheid om op eigen kracht hun armenzorg te verbeteren te erkennen en stelden simpelweg dat zij per 1 januari 1872 hun geneeskundige dienst wilden opheffen, inclusief medicijnverstrekking.⁴² De Hervormde diakonie vond dat zij dan haar gelden voor andere en betere vormen van naastenliefde kon gebruiken, want het gemeentebestuur beschikte over veel meer financiële mogelijkheden. Het inzicht was bij de heren diakenen doorgebroken dat net als in andere steden de geneeskundige armenzorg als collectieve taak beter werd uitgevoerd, dan dat ieder voor zich aanmodderde.⁴³

Het was voor het gemeentebestuur duidelijk. Onderhandelingen waren niet aan de orde, de kerken hieven hun diensten gewoon op en de gemeente moest op grond van de Armenwet vanaf 1 januari 1872 in de leemte voorzien. Op 16 november 1871 stelden B & W een ontwerpverordening voor een nieuwe regeling van de geneeskundige dienst op. Deze werd op 30 november zonder mankeren door de raad aangenomen. Op 1 januari 1872 had het stadsbestuur de verantwoordelijkheid voor de geneeskundige zorg voor alle onvermogene Utrechters gekregen.

De kerken, de Utrechtse onvermogenen en de artsen gingen er door de overname van de armenzorg door de gemeente op vooruit. De kerkelijke financiën verbeterden, ook al moesten zij door een verdeelsleutel aan het nieuwe systeem bijdragen. De onvermogene Utrechter mocht sneller naar de armen dokter, die wat meer aandacht aan zijn patiënten kon besteden. De doktoren hadden niet meer te maken met verschillende besturen en honorariumregelingen. Het honorarium voor de armen praktijken werd hoger en er werden meer artsen aangesteld, waardoor de armen praktijken aantrekkelijker werden. De geneeskundige armenzorg was door de druk van de artsen en de kerken aanzienlijk verbeterd.

De geneeskundige verzorging in Utrecht na 1850; universiteit en specialisatie

De Utrechter kon, behalve op zijn huisarts, voor zijn medische zorg een beroep doen op diverse instellingen.

Utrecht had als universiteitsstad zijn medische faculteit. Utrechtse hygiënisten als Mulder en Donders speelden een belangrijke rol in de vernieuwing van het medisch onderwijs. De Utrechtse universiteit had te lijden van de concurrentie van die van Amsterdam, die over meer geld en een veel betere outillage beschikte. De meeste medisch professoren hadden voor de aanvulling van hun jaarsalaris naast hun hoogleraarschap ook een particuliere praktijk.⁴⁴

Het specialistisch onderwijs was nog niet ontwikkeld. Pas in 1866 werd een aparte hoogleraar obstetrie en genaecologie benoemd. In 1876 werden vakken als huid- en geslachtsziekten, neurologie

en psychiatrie in Utrecht nog niet onderwezen, in Amsterdam wel. De hoogleraren G.J. Loncq⁴⁵ en L.C. Goudoever⁴⁶ klaagden in 1865 steen en been over de slechte werkomstandigheden en zij drongen aan op de bouw van een nieuw academisch ziekenhuis. Het oude ziekenhuis aan de Jufferstraat 33 had te kampen met een tekort aan patiënten, omdat een weldenkend Utrechter er in verband met de slechte behuizing en verpleging liever niet kwam.⁴⁷ In 1871 werd aan de Catharijnesingel het nieuwe Stads- en Academisch Ziekenhuis, het SAZU, geopend. Het was een modern gebouw met een sterk verbeterde verpleging, maar de reputatie van het oude gebouw was zo slecht dat de patiënten nog steeds wegbleven. Het klinisch onderwijs werd wel verbeterd.

In 1866 stelde M. Imans⁴⁸, de assistent van Loncq, voor met de armbesturen een overeenkomst te treffen om te proberen met de onvermogenen voldoende zieken als studiemateriaal te krijgen.⁴⁹ De armbesturen zouden in ruil voor deze gratis ziekenverpleging een hoogleraarschap voor klinisch onderwijs moeten onderhouden, waarbij deze professor zich zou verplichten tot de geneeskundige armenzorg in enkele grote wijken, zoals wijk C met 8.000 inwoners. Het voorstel verdween bij de Curatoren van de universiteit in de la.

Enkele hoogleraren namen zelf het initiatief, omdat de Universiteit met de verbetering van het specialistisch onderwijs in gebreke bleef. Donders stichtte in 1860 het Nederlandsch Gasthuis voor Ooglijders, met als doel de oogheelkundige verzorging van de min- en onvermogenen zieken en het geven van onderwijs in de oogheelkunde. Dit Ooglijdersgasthuis werd sociaal, medisch en didactisch zo'n succes dat Snellen met enkele andere artsen in 1865 besloot tot de oprichting van de Kliniek tot Herkenning en Genezing van Huidziekten, Keelziekten, Kinderziekten, Oorzakten en Tandziekten, kortweg De Kliniek. Deze Kliniek wilde de Utrechtse on- en minvermogenen gratis specialistische hulp en, indien financieel mogelijk, gratis medicijnen verschaffen. Daarnaast werd er gratis onderwijs in de genoemde specialismen aan medisch kandidaten en afgestudeerde medici gegeven. De Kliniek is op verschillende plaatsen gehuisvest geweest: in de Wittevrouwenstraat, in de Breedstraat in het gebouw Achter het IJzeren Hek en Achter Sint Pieter 21.

De Kliniek was uniek, in Nederland bestond nergens een dergelijke instelling.⁵⁰ Zij voorzag in een dringende behoefte; alle specialisten waren druk beklant. Vanaf het begin bezochten minvermogenen moeders de Kliniek voor de genezing van hun kinderen en voor informatie over een betere verzorging van hun kroost. In 1887 werd begonnen met voorlichting door de verspreiding van vlugschriften, waarin uitgebreid informatie werd gegeven over voeding, zindelijkheid, spenen en bakeren.

De Kliniek werd financieel in stand gehouden door vrijwillige bijdragen. Patiënten waren er genoeg, geld voor de verstrekking van geneesmiddelen was er te weinig. De armbesturen, zowel de diakonieën als de Aalmoezenierskamer, weigerden subsidies te geven, hoewel de Kliniek wel gratis hun patiënten behandelde. Het duurde lang voordat de armendoktoren hun zieken naar de Kliniek doorverwezen, want zij hielden liever vast aan het principe van de algemene praktijk. Pas in 1885 was doorverwijzing regel geworden en kreeg de Kliniek van de Aalmoezenierskamer subsidie. Deze werd gegeven met een hoop bureaucratische rompslomp op basis van verwijsbriefjes.⁵¹ Het kostte Snellen en Imans veel geduld om de gemeenteraad ervan te overtuigen dat de Kliniek van vitaal belang was voor de medische zorg voor de onvermogenen. De Kliniek spekte hierdoor feitelijk de stadskas, terwijl ze zelf het geld voor de geneesmiddelenverstrekking hard nodig had. De Aalmoezenierskamer, die B & W en de Raad bij de subsidieaanvraag adviseerde, had in 1894 drie redenen om het verzoek af te wijzen:

- De onvermogenen hadden niet het recht op vrije artsenkeuze. De hen door de stad aangewezen dokter was verantwoordelijk voor hun behandeling.
- De Kliniek verplichtte zich niet de patiënten thuis te behandelen. De armendokter bleef dan nog verantwoordelijk voor de behandeling.
- De specialisten van de Kliniek konden niet controleren of hun patiënten onvermogen waren.

Na langdurige discussies besloot de gemeenteraad in 1894 toch tot de toekenning van een jaarlijkse subsidie van f 500. Uiteindelijk kreeg de Kliniek ook universitaire erkenning. In 1921 ging zij als polikliniek voor kinderziekten op in de medische faculteit.

Voor de ziekenhuisverpleging kon men in Utrecht behalve bij het SAZU ook terecht bij particuliere, confessionele ziekenhuizen als het Diaconessenhuis voor de Hervormde zieken, het Gasthuis Johannes de Deo en het St.-Andreasgasthuis voor de Rooms-Katholieken, het Ooglijdersgasthuis en het Kinderziekenhuis. De kwaliteit van de ziekenhuisverpleging in deze instellingen was nogal wisselend. Zij verbeterde meestal pas rond de eeuwwisseling.

De artsenzorg werd rond de eeuwwisseling in Utrecht gekarakteriseerd door een scheiding tussen de zorg die door de algemeen artsen of de huisartsen werd gegeven en de specialistische zorg, die door de Kliniek en de medische faculteit werd verstrekt. De zorg, verleend door de algemeen artsen, werd

gefinancierd door de gemeente voor de hulp aan onvermogenen, terwijl de vermogende Utrechters hun arts volgens de particuliere tarieven betaalden. De minvermogenen konden een beroep doen op de ziekenfondsverzekering, die na 1893 verder ontwikkeld zou worden. De klinische en poliklinische specialistische zorg van de onvermogenen en minvermogenen werd gefinancierd door de gemeente, door donaties, door de Universiteit en door de specialisten zelf. De financiering door ziekenfondsen speelde hierbij nog geen rol.

1.8 Artsenvereniging op lokaal niveau; de Utrechtse Geneeskundige Kring

De vereniging van de artsen in de regio Utrecht in een NMG-afdeling in 1849 had sociale en wetenschappelijke doelen. De ziekenfondsverzekering was daarbij voortdurend onderwerp van gesprek, maar niet het enige.

Wetenschap, beroepsbelang en gezelligheid

In de eerste helft van de negentiende eeuw was er in Utrecht maar één groepje geneeskunstbeoefenaars dat officieel bij elkaar kwam, de verloskundigen in hun Kring.⁵² Deze groep kreeg van enkele geneeskundigen uit Zutphen in 1848 een circulaire met propaganda voor de oprichting van een landelijke vereniging van alle medische beroepsbeoefenaars. De Verloskundige Kring stuurde de brief door naar de medische faculteit en deze stimuleerde de hoogleraren Donders en Loncq, de chirurgijn Lamie en hun collegae op 23 mei 1849 tot de oprichting van de Utrechtse Geneeskundige Kring. Het Zutphens initiatief had op 23 oktober 1849 de oprichting van de NMG tot gevolg.

Deze Geneeskundige Kring stond open voor alle plaatselijke artsen, heelkundigen en chirurgen en moest na de oprichting van de landelijke beroepsvereniging de afdeling Utrecht voor de stad en de omringende plaatsen worden. De namen Geneeskundige Kring en afdeling Utrecht werden na 1849 door elkaar gebruikt.

De doelstellingen van de afdeling sloten aan bij die van de NMG: *het handhaven der belangen en der waardigheid van den geneeskundigen stand en den beoefening en uitbreiding der Geneeskundige wetenschappen*.⁵³ Het sociale element was ook belangrijk. Tijdens de bijeenkomsten werd gezellig gebruikgemaakt van een hapje en een drankje en leerden de heren elkaar goed kennen, hetgeen zeer bevorderlijk was voor de goede collegiale verhoudingen. De Kring vergaderde eerst in het Gebouw van Kunsten en Wetenschappen, maar omdat de musicerende gezelschappen nogal wat lawaai maakten, werd in 1868 naar het Leesmuseum op het Domplein verhuisd. Daar was de ambiance wel een stuk rustiger, maar de huur te hoog. Na wat omzwervingen werd het Haagsch Koffijhuis tot stamkroeg gekozen.⁵⁴ De kring voorzag duidelijk in een behoefte; in 1850 hadden zich 46 leden aangemeld. De eerste vergaderingen werden druk bezocht.⁵⁵

Op iedere vergadering hield een lid een lezing over een medisch of natuurwetenschappelijk onderwerp. Men deed verslag van de voortgang van onderzoek, hield aanschouwelijke experimenten of besprak sociale onderwerpen. Soms werden deze gecombineerd. Op de derde vergadering besprak Donders de ontdekking van proteïne in zemelen, bijvoorbeeld in gort. De spreker vond dat de fijn gemalen afpelsels van de gort een uitmuntend voedsel voor de armen zouden zijn, terwijl dit gewoonlijk voor een spotprijs aan de varkens werd gevoerd.⁵⁶ Andere thema's waren de testikels van een haan, maar ook de toepassing van chloroformnarcose, de cholera en de behandeling van traumatische halswervelbreuken kwamen aan de orde. In 1856 werd de bouw van een *topographica medica* van Utrecht voorgesteld.⁵⁷

De Kring was in de beginjaren afkerig van bemoeienis met politieke zaken die niets te maken hadden met de medische beroepsuitoefening. Op 10 december 1853 kwam een brief van de NMG ter sprake. De Maatschappij wilde een adhesieverklaring ten behoeve van een groepje parlementariërs, die in de Kamer een voorstel wilden indienen over de afschaffing van de accijns op voedingsmiddelen en brandstoffen. De Kringleden vonden deze vraag hoogst ongewenst. *Deze bemoeijingen liggen buiten den kring der Maatschappij en brengen haar op een geheel ongepast terrein, waarvoor gewaakt moet worden*.⁵⁸ De NMG moest als een schoenmaker bij haar medische leest blijven en zich alleen inspannen voor een Geneeskundige Staatsregeling.

De Kring hield nauw contact met de NMP en het Utrechtse Departement van de NMP, formeel en informeel. In 1860 stuurde het Departement aan de Kring een brief over de Utrechtse apotheker G. van Meeteren, die een plan publiek had gemaakt om op abonnement of tegen een vaste prijs medicijnen te gaan leveren. Dit was volkomen ongebruikelijk. De tarieven voor geneesmiddelen varieerden in deze tijd nogal, afhankelijk van de kostprijs van de grondstoffen en de winst voor de apotheker.

Het Departement was woest over het initiatief van Van Meeteren en vond het in strijd met de waardigheid van de farmaceutische stand. Het vertrouwen van het publiek zou worden geschokt als de apotheker de indruk wekte *gelijk te staan met verleidelijke aanbiedingen aan winkeliers en andere beroepen*. Hij mocht niet vergeten dat het juist de gezondheid zijner medemenschen geldt, *tegenover met wie hij met wetenschappelijk kennis toegerust, door eed en plicht gebonden geheel andere en teederer verplichtingen heeft dan speculatieve ondernemingen in het leven te roepen*. De Geneeskundige Kring verklaarde het eens te zijn met de opvattingen van het Departement en de plannen van Van Meeteren gingen niet door.⁵⁹

In 1879 verzocht het Departement de Kring haar leden erop te wijzen geen recepten meer uit te schrijven met de nieuwste uitvinding op schrijfgebied, het potlood. De apothekers konden de recepten vaak niet lezen doordat het grafiet nogal vekte. Daarbij waren potloodgeschreven recepten fraudegevoelig. De patiënten konden de tekst uitgommen en zelf invullen. De artsen beloofden beterschap, maar of ze er zich aan hielden?⁶⁰

Gedragslijnen en maatschappelijke belangen

Af en toe werd er gediscussieerd over de ethiek van het medisch beroep. Op 28 november 1899 bracht een commissie verslag uit over een onderzoek naar de wenselijkheid van een medische gedragslijn voor Utrecht.⁶¹ Deze commissie had hiervoor in 95-voud een circulaire verstuurd. Ze kreeg 45 antwoorden terug; de interesse voor het onderwerp was groot.

Acht artsen waren van oordeel dat een dergelijke code nodig was, omdat de onderlinge verhoudingen te wensen overlieten. Vijf klaagden over de relatie medicus-publiek en vier hadden problemen met *hulppersonen* als heilgymnasten, vroedvrouwen en verplegend personeel uit de ziekenhuizen. Veelvoorkomende misstanden bleken:

- het gebruikmaken van ziekte of afwezigheid van een collega om diens patiënten over te nemen;
- de manier waarop hoogleraren de consultatieve praktijk uitoefenden. Zij behandelden patiënten zonder bericht te sturen aan de huisarts;
- het geven van fooien aan vroedvrouwen en bodes van ziekenfondsen;
- de houding van medici tegenover heilgymnasten, die zelfstandig medische handelingen verrichtten, terwijl ze slechts hulpverlener waren. De arts gaf vaak een verwijzing af aan de heilgymnast, zonder dat hij de patiënt had gezien.

De Utrechtse medici waren ten opzichte van elkaar redelijk loyaal. De klachten waren volgens de commissie minder ernstig dan oorspronkelijk werd gedacht.

De Kring wilde toch graag een landelijke gedragslijn zien voor collegiale verhoudingen, het ambtsgeheim en de relatie tot de politie, de verhouding tegenover apothekers en paramedici en de houding tegenover de ziekenfondsen en de poliklinieken als de Kliniek. Er waren echter geen stemmen genoeg om dit voor te dragen als voorstel voor de agenda voor de eerstvolgende Algemene Vergadering van de NMG.

De Kring en de Utrechtse geneeskundige armenzorg

De Kring fungeerde als contactorgaan en als denktank voor de artsen, die betrokken waren bij de perikelen rond de geneeskundige armenzorg in de jaren 1870-1872. Zij klaagden tijdens de bijeenkomsten vooral over de te grote verspreiding van de verschillende armbesturen over de hele stad, het vaak niet honoreren van speciale medicamenten en het gebrek aan verloskundigen. Wegens dit laatste moesten de armendoktoren te vaak het werk doen van een verloskundige of gewone vroedvrouw tegen een te laag tarief.

Tijdens een emotionele vergadering op 18 november 1870 deed Snellen een voorstel voor de organisatie van een algemene armenverzorging, zonder bemoeienis van de diaconieën.⁶² Hierbij zou een algemene armenapothek voor de verstrekking van medicijnen kostenbesparend werken. Dit voorstel kreeg algemene bijval. Snellen werd benoemd als voorzitter van een commissie, die een week later al met een definitief voorstel kwam.⁶³ Deze commissie vond dat het hoog tijd werd dat de medici ingrepen bij de haast rampzalige toestanden bij de armenzorg. Bij epidemieën was gebleken dat door de versnippering en de bureaucrativering bij de armbesturen medische hulp vaak te laat kwam.

De geneeskundige armenzorg moest worden verdeeld in wijken, zoals bij choleraepidemieën gebruikelijk was. De gemeente hoorde voldoende verloskundigen aan te stellen, want de kerkelijke armbesturen contracteerden alleen vroedvrouwen. Dezen waren goedkoper, maar hadden minder bevoegdheden. De armen moesten een beroep kunnen doen op speciale oog-, oor- en tandheelkundige hulp. Als laatste punt had de commissie, om de apothekers tegemoet te komen, een betere berekening van de receptuur op haar programma staan.

Het rapport werd rondgestuurd aan de gemeente en de armbesturen, maar eigenlijk zonder veel hoop. De armbesturen lagen immers behoorlijk dwars, het was voor hen niet meer dan een financiële kwestie en niet een van medische ethiek!⁶⁴ Uiteindelijk kregen de artsen hun gelijk en hun zin. Mede door hun acties werd de geneeskundige armenzorg in 1872 bij de gemeente gecentraliseerd.

De Kring en de ziekenfondsen tot 1897

De geneeskundige verzorging van de minvermogende werd al in het oprichtingsjaar 1849 aangekaart door de chirurg Lamie. Op 9 december 1850 legde hij de vergadering een rapport voor over de

wenselijkheid van een algemeen ziekenfonds als een Utrechtse tegenhanger van het Amsterdamse AZA.⁶⁵ Deze algemene ziekenbus zou werken voor het welzijn van de *geringere burgerklasse* en het belang van de geneeskundigen. Lamie stelde hiervoor als voorwaarden:

- onbeperkte vrije artsenkeuze voor de verzekerden, en voor de geneeskundigen en apothekers het recht verzekerden te weigeren;
- kosteloze administratie;
- een onderlinge verzekering voor de uitkering van zieken- en begrafenisgeld.

De geneeskundigen moesten volgens Lamie voor de minder gegoede ingezetenen een verzekering bieden tegen ziekten en onheil, omdat deze door gebrek aan spaarzaamheid daar niet tegen opgewassen waren. De bestaande ziekenbussen met hun gebrek aan vrije artsenkeuze waren voor Lamie de eigenlijke reden voor een algemeen ziekenfonds. Bij deze fondsen wezen de directies of de besturen de artsen voor de verzekerden aan. De geneeskundigen zouden met deze algemene bus kunnen voorkomen dat mensen met een te hoog inkomen zich bij een ziekenfonds inschreven. Dit was in Amsterdam bij het AZA ook gelukt.

Lamie wilde nog een misstand voorkomen. Het gebeurde in Utrecht regelmatig dat mensen zich door een arts lieten behandelen en dan verdwenen zonder een rekening te betalen. Als alle artsen zich bij een algemeen ziekenfonds zouden aansluiten, kon door de vorming van een reservekas een waarborgfonds tegen wanbetalers worden gekweekt.

De instelling van een algemeen ziekenfonds kon ook een oplossing betekenen voor de behandeling van langdurig zieken, die hun behandeling niet meer konden betalen en dan een beroep moesten doen op de armenzorg. Deze mensen kwamen daar eigenlijk niet voor in aanmerking, omdat ze niet behoeftig genoeg waren en daardoor werden afgewezen. Zij waren dan voor hun verzorging afhankelijk van de filantropie van de dokter, wat bij een ziekenfonds niet nodig was.

Lamies voorstel werd wel besproken, maar er gebeurde verder niets mee.

De eerste serieuze poging van de Kring om zich met de Utrechtse ziekenfondsen te bemoeien werd gedaan in 1876. Er bestond een Algemeen Utrechts Ziekenfonds, het AUZ, dat blijkbaar in deplorabele staat verkeerde.⁶⁶ De artsen Ten Bosch en Brom, die als medewerkers aan dit fonds verbonden waren, stelden voor het AUZ onder het protectoraat van de Kring te stellen. Zij dreigden met een gerechtelijke regeling als de directeur de organisatie niet verbeterde. Deze stapte daarna op en de Kring benoemde een commissie onder leiding van Snellen om de zaak te onderzoeken. De kwestie werd vermoedelijk in der minne geschikt, want er is verder niet meer over gesproken.

Snellen en de zijnen hadden verder wel over de zaak doorgedacht, want op 29 maart 1878 legden zij de Kring een ontwerp-reglement voor voor een ziekenfonds, dat onder leiding van de NMG gesticht zou kunnen worden.⁶⁷ De Kring zou invloed moeten kunnen hebben op een fonds dat niet, net als bij de bestaande fondsen, gecombineerd was met een begrafenisfonds. De medewerkers zouden lid moeten zijn van de Kring. Het voorstel werd drie vergaderingen later zonder tegenstem aangenomen voor *hetgeen opgerigt zal worden*.⁶⁸ En daar bleef het verder bij.

Af en toe werd er gesproken over de begrafenisfondsen. De Biltse huisarts Harges ergerde zich nogal aan die ondernemingen. In 1885 was dit dorp blijkbaar nogal populair bij de agenten van deze fondsen, want hij had er in dat jaar een aantal aan zijn deur gehad.⁶⁹ Bijna iedereen in De Bilt was daarom lid van een of meer begrafenisfondsen en dit gaf wel eens aanleiding tot misbruiken. Hij vroeg de leden van de Kring of het voor een dokter geoorloofd was de doodsoorzaak op het fondsbriefje in te vullen. De meerderheid vond dat de artsen de fondsdirecties deze nooit mochten laten weten.

De Kring bemoeide zich na 1878 verder niet met geneeskundige verzorging van de minvermogenden. De tot dan toe genomen initiatieven werden genomen door vooraanstaande artsen en hoogleraren als Lamie en Snellen met als motieven de verdediging van de vrije artsenkeuze, de belangen van de artsen zelf en de filantropisch getinte verzekering van de minvermogende burgerij.

De volgende artsenactie werd ondernomen in 1897 toen huisartsen, verbonden aan het grootste commerciële fonds de Voorzorg in samenwerking met enkele apothekers op eigen houtje hun belangen gingen verdedigen, buiten de Kring om. Daarmee waren ze ten opzichte van hun Amsterdamse en Rotterdamse collega's nogal laat. Dit was vreemd, temeer omdat de artsen zich in hun strijd voor de verbetering van de geneeskundige armenzorg af en toe wel over de minvermogende en diens medische verzorging uitspraken, maar bij deze uitspraken bleef het. Misschien voldeden de bestaande fondsen in de behoefte aan verzekering van de medische zorg. Bovendien kon de minvermogende voor specialistische hulp en medicijnen vanaf 1865 gratis terecht bij de Kliniek.

Het lag in ieder geval niet aan hun sociale betrokkenheid. Artsen als Snellen en Lamie waren bekende hygiënisten. Zowel de huisartsen als de hoogleraren toonden hun maatschappelijke betrokkenheid door middel van de oprichting van de Kliniek en in hun strijd voor verbetering van de

woonomstandigheden en de medische verzorging van de Utrechtse bevolking, al dachten de armenzorgartsen in 1872 ook aan hun eigen praktische belangen.

1.9 De Utrechtse ziekenfondsen, 1827-1897

De reconstructie van het Utrechts ziekenfondsbestel is ingewikkeld. Bij het Nutsrapport en het rapport van de NMG hebben verschillende fondsen gegevens verstrekt. Een paar fondsjes zijn alleen bekend uit toevallig overgebleven reglementen of worden vermeld in de literatuur of in de notulen van de Kring. De archieven van deze fondsjes zijn meestal verdwenen.

Bij de beschrijving van de ziekenfondsen worden de voormalige gildebussen, die meestal alleen financiële steun gaven, uitgesloten. Deze fondsen zijn alle opgeheven. De ziekenfondsen zijn daarentegen vaak overgenomen of gefuseerd tot in 1992 hun rechtsopvolgers op hun beurt opgingen in ANOVA-Verzekeringen. De belangrijkste plaatselijke fondsen waren tot 1908 de commerciële Voorzorg, het in 1893 tot medewerkersfonds omgevormde commerciële Hulp bij Ziekte en de verzuilde fondsen Liduina en Wijkbelang. Daarnaast waren de landelijk werkende commerciële fondsen Rotterdamsch Ziekenfonds en het Nederlandsch Algemeen Ziekenfonds actief.

De Societeit Voorzorg

In 1827 had de Utrechter A.C. Sonnenschein met zijn associés W. Lazerom, E. Otter en J. Morison het plan opgevat een ziekenbus op te richten. In november 1827 diende hij bij Burgemeester en Wethouders van Utrecht een rekwesit in met het verzoek *eene societeit van Voorzorg* op te mogen richten. Het college beschouwde dit verzoek op de vergadering van 4 december 1827 als hamerstuk, discussie werd er niet over gevoerd. De stadssecretaris stuurde het verzoek dezelfde avond nog terug met de mededeling dat Sonnenschein zijn gang kon gaan, mits hij zich aan de algemene verordeningen hield.⁷⁰

Sonnenschein stapte bijna gelijk weer uit de onderneming. De stadssecretaris zond zijn collega Morison op 20 juli 1828 een mededeling, dat de vacature direct moest worden opgevuld met inachtneming van de regels *voor anonijme societeiten*, waar de Voorzorg toe behoorde.⁷¹ J.H. Arends volgde hem op.

Het oudste reglement van de Voorzorg was van 1833.⁷² Arends en Morison waren toen nog directeuren. De doelstelling van de Voorzorg was *bediening der leden met Doctor, Chirurgijn en Apothecar*. De heren verzekerden uitsluitend de goede risico's: inwoners van Utrecht zonder kwalen en van onberispelijk gedrag. Als bleek dat de verzekerde bij de aanmelding iets verzwegen had, dan verloor hij alle rechten ten voordele van de kas. Als de arts constateerde dat het lid zichzelf bezeerd had, dan had dit geen recht op verstrekking.

Het nieuwe lid moest bij zijn inschrijving voor 65 cent een bewijs van lidmaatschap en een reglement kopen. De premie was 12,5 cent per persoon per week voor het hele verstrekkingspakket. Het gezinshoofd kon door een premie van 80 cent per jaar voor het weduwenfonds zijn vrouw verzekeren voor medische verzorging na zijn overlijden. Een lid moest bij de inschrijving jonger zijn dan 40 jaar om in aanmerking te komen voor ziekengeld en een overlijdensuitkering. Bij ziekte werd *f* 1,50 per week en bij een begrafenis *f* 60 uitgekeerd. Dit laatste was voor een dergelijke uitkering een hoog bedrag, andere begrafenisfondsen keerden gemiddeld *f* 50. Voor deze uitkeringen gold een wachttijd van een jaar. De ziekte moest minimaal zeven dagen duren en de zieke hoorde de directeuren een briefje van de dokter of chirurgijn te sturen om ziekengeld te krijgen.

De leden moesten zich bij ziekte tussen 8 en 9 uur bij de dokter of de chirurgijn melden. Zij mochten altijd voor eigen rekening een beroep doen op een tweede arts, als zij het met hun arts niet eens waren. De verzekerden hadden geen recht op verloskundige hulp, wel op geneesmiddelen. De apotheker leverde de voorgeschreven medicijnen af, *behoorlijk gesloten met een kurk, voorzien zijnde van een signatuur, waarop de naam van de patiënt, de datum en de wijze hoe het gebruikt moet worden*. In 1833 waren de etiketvoorschriften duidelijk!

Er was geen vrije artsenkeuze. De directeuren beslisten over de aanstelling van de medewerkers. In 1833 waren dit:

- P.J. Blom, *Medicinae doctor* in de Lange Janstraat;
- J.G. Morre, chirurgijn op de Pausdam;
- J.G. Onnen, apotheker naast het stadhuis.

De boekhouding van de Voorzorg werd enkelvoudig gevoerd. De directeuren kregen per persoon 1,5 cent per lid per week en het genot van alle *fournissemten der Societeit, naarmate hunne werkzaamheden begroot*. Zij hadden zichzelf wel reglementair verplicht eens per week gezamenlijk de administratie te voeren. Deze moest worden opgeborgen in een ijzeren kist met meerdere sloten. Een paar jaar later werd deze kist vervangen door een kluis. Deze bestaat nog steeds.

De verzekerden kregen een driemaandelijks rekeningoverzicht, met opgave van de mutaties in de ledenadministratie. Zij moesten voor ieder overzicht een dubbeltje betalen. Bij weigering verloren zij hun lidmaatschap. Aan het eind van het boekjaar controleerde een kascommissie, benoemd uit de leden, de kas en de administratie.

De directeuren behielden zich het recht voor bij epidemieën of andere rampen de ziekengelden en overlijdensuitkeringen te stoppen of te korten om de kas niet in gevaar te brengen. In 1847 werden de begrafenisuitkeringen in verband met de choleraepidemie opgeschort. De epidemie van 1849 was rampzalig: de Voorzorg keerde voor 29 gevallen begrafenisgeld uit, maar gelukkig voor de kas en de verzekerden wendde *de Voorzienigheid echter nog tijdig de geesel van ons genadig af*.⁷³ Tijdens de grote epidemie in 1866 werd regelmatig uitbetaald.

In 1887 werd het reglement voor de eerste maal vernieuwd. De verzekeringsvoorwaarden veranderden niet veel.⁷⁴ De uitkeringen waren even hoog, maar de premie werd verhoogd naar 16 cent per lid. Recht op hulp bij een bevalling was nieuw. De directeuren bleken bodes te hebben aangesteld, die hun loon zelf uit de premies moesten halen. Alleen de aanbrengpremie, 25 cent per lid, kwam ten laste van de fondskas. De directeuren voerden ook in 1887 geen vrije artsenkeuze in. De medewerkershonoraria waren niet bij reglement geregeld, maar waren afhankelijk van de willekeurige afspraken, die de directeuren zelf met de artsen en de apothekers maakten.⁷⁵

De Voorzorg had zich sinds 1827 ontwikkeld tot een exploitatiefonds, waar de directie directe inkomsten genoot uit de premie-inbreng. Dit was in 1887 wel nog steeds aan banden gelegd door de kascontrole van de leden. De financiële administratie werd nog steeds trouw gecontroleerd en goedgekeurd. Er was een reservekas van gemiddeld f 3.000, waarvan de gelden waren belegd in hypotheekaktes en aandelen staatsschuld. Er was geen scheiding van de kassen voor de geneeskundige hulp, het zieken- en het begrafenisfonds. De berekening van de premie was niet gebaseerd op actuariële principes, maar op ervaring en de natte vinger.

De problemen of de misstanden, waarover altijd bij de exploitatiefondsen werd geklaagd, werden bij de Voorzorg gevormd door de houding van de directeuren ten opzichte van de artsen en de apothekers, niet door financiële misstanden. De medewerkers kwamen pas in 1897 hier tegen in het geweer. Zij maakten zich daarbij niet druk over financiële of administratieve verbeteringen. De bedrijfsvoering bij de Voorzorg was van 1827 tot 1897 onveranderd gebleven. Of de Voorzorg als commercieel fonds een slecht ziekenfonds was, is de vraag. Het fonds was nooit verlieslijdend, de uitkeringen werden trouw gedaan en qua ledental was het het grootste fonds van Utrecht. In haar bedrijfsvoering was de Voorzorg wel ouderwets. Deze werd pas na 1910 aangepast.

*Premiebetalenden bij de Voorzorg, 1841-1869:*⁷⁶

1841	677
1842	737
1843	751
1844	777
1845	840
1846	819
1847	783
1848	752
1849	742
1850	691
1851	680
1852	675
1853	690
1854	647
1855	644
1856	635
1857	594
1858	598
1859	599
1860	579
1861	560
1862	530
1863	523
1864	543

1865	550
1866	550
1867	530
1868	531
1869	520

Zieken- en begrafenisfonds 'Let op Uw Einde'

Let op Uw Einde werd op 6 december 1847 als zieken- en begrafenisfonds opgericht door D. Stolwerk, bode van een Haags begrafenisfonds, en W.P. van Ingenegeren, uitdrager.

Let op Uw Einde werkte met gescheiden kassen. In 1849 werd de naam veranderd in Maatschappij let op Uw Einde, afdeling Begrafenisfonds en afdeling Ziekenfonds. De werking van de ziekenkas bleef beperkt tot de gemeente Utrecht en was van ondergeschikt belang. De begrafenisfondsen werkten in het hele land en groeide onder leiding van de zoon van Van Ingenegeren, A. van Ingenegeren, tot het grootste begrafenisfonds in Nederland in 1871 met 148.324 leden.⁷⁷ Als begrafenisfonds was Let op Uw Einde in Utrecht de grootste concurrent van de Voorzorg. De bodes voerden een actief ledenwervingsbeleid. Het fonds was veel groter en de directie voerde een professionele administratie, gebaseerd op actuariële principes.

A. van Ingenegeren werd na zijn dood in 1876 opgevolgd door zijn zoon W.P. van Ingenegeren jr. Deze richtte op 5 februari 1883 de Levensverzekeringmaatschappij 'Utrecht' op. Hij was van mening dat een levensverzekeringmaatschappij betere groei mogelijkheden had dan uitsluitend een begrafenisfonds en hij had gelijk. De 'Utrecht' groeide snel en in 1888 werd er aan de directieuren f 63.000 winst uitgekeerd.⁷⁸ In 1903 was dit gestegen tot f 625.000. De 'Utrecht' had in 1888 al de groei van Let op Uw Einde overgenomen.

Van Ingenegeren jr. was in 1893 tot de slotsom gekomen, dat het zieken- en het begrafenisfonds van Let op Uw Einde moesten worden gescheiden.⁷⁹ De groei van het begrafenisfonds was er uit en het ziekenfonds was eigenlijk nooit een succes geworden.⁸⁰ Het fonds verstreekte naast medische zorg ook ziekengeld en ieder jaar kwamen op dezelfde tijd dezelfde mensen om een uitkering bedelen.

De bodes vroegen of zij het ziekenfonds mochten overnemen, maar Van Ingenegeren zag hier niets in. Hij was van mening dat de medewerkers bij het beheer van het fonds betrokken moesten worden.⁸¹ Hij nam contact op met de Utrechtse arts De Koff, die de ziekenfondsverzekerden als doktersfonds onder de naam Hulp bij Ziekte overnam. De administratie van Hulp bij Ziekte werd gevoerd door C. Jansen, ambtenaar bij De Nederlandsche Bank. Van Ingenegeren liquideerde Let op Uw Einde als begrafenisfonds. Hij droeg een deel van het liquidatieoverschot over aan de 'Utrecht' en aan de polishouders van Let op Uw Einde. De Koff kreeg het restant voor de vorming van een reservekas voor Hulp bij Ziekte. De 'Utrecht' ging later op in de AMEV, Hulp bij Ziekte in ANOVA.

Hulp bij Ziekte werd het eerste grote levensvatbare ziekenfonds, dat onder beheer stond van de medewerkers, artsen en apothekers gezamenlijk. Het werkgebied werd niet beperkt tot de stad Utrecht, maar ook uitgebreid met de aangrenzende delen van de omringende gemeenten.⁸² Bij de overdracht aan De Koff had het 400 verzekerden.⁸³ Er was vrije artsen- en apothekerskeuze. De inschrijving was niet gebonden aan beroep of maatschappelijke welstand.⁸⁴ In 1894 konden de verzekerden kiezen uit:

- De Koff, Vreeburg 3;
- G.N.C. Overwijn, Oudegracht en Smeebrug 107;
- T. Verweij, Zuilenstraat 3bis;
- H. Das, Bemuurde Weerd W.Z. 15.

De apothekers waren:

- L.J. Grootendorst, Bemuurde Weerd O.Z. 15;
- L.H.H. Enters, Muntstraat 8;
- P. Denijs, Oudegracht, Jacobiebrug 129;
- Overwijn en Van der Weerd, Twijnstraat 38.

De contributie was 12,5 cent per volwassene per week. Men kreeg in 1894 hiervoor geen ziekengeld, maar wel genees-, heel- en tandheelkundige hulp, breukbanden en brillen en een uitkering bij een bevalling. Hulp bij Ziekte was het eerste fonds in Utrecht dat tandheelkundige hulp vergoedde. De verzekerden hadden bij de inrichting van het fonds geen inspraak. Het bestuur bestond uit een arts en een apotheker, met C. Jansen als trouw administrateur. De medewerkers kregen een abonnementshonorarium.⁸⁵ In 1898 ontving een arts voor elk lid f 2,40 en een apotheker f 2,25 per jaar. Als het boekjaar met een tekort werd afgesloten, dan moesten de medewerkers dit gezamenlijk dekken. Overwinst werd pondspondsgewijs verdeeld.

Ook al was Hulp bij Ziekte het eerste grote medewerkersfonds, de Geneeskundige Kring toonde geen enkele betrokkenheid bij de liquidatie van Let op Uw Einde. Het was uitsluitend een aangelegenheid tussen De Koff en Van Ingenegeren.

Het Ziekenfonds onder bescherming van de H. Leduina

In 1893 werd in Utrecht op initiatief van het Aartsbisdom de Rooms-Katholieke Werklieden-Vereeniging St.-Joseph opgericht. Utrecht liep hiermee achter op de landelijke emancipatie van de katholieke arbeiders. De eerste St.-Josephgezellenverenigingen waren elders in Nederland al in 1866 opgericht.

De eerste actie van de werkliedenvereniging was de stichting van het onderlinge Ondersteuningfonds bij Ziekte onder bescherming van de Heilige Johannes de Deo. Het bestuur van St.-Joseph wilde de leden verzekeren voor geldelijke ondersteuning bij ziekte of ongeval. Het reglement werd op 7 juli 1893 koninklijk goedgekeurd. Om de ziekingeldverzekering gescheiden te houden van de ziekenverzekering werd het Ziekenfonds onder bescherming van de Heilige Leduina, kortweg Liduina, gefundeerd.⁸⁶

Liduina was het eerste Utrechtse onderlinge arbeidersziekenfonds. De leden kozen uit hun midden vier bestuursleden. Het vijfde lid werd aangewezen door het hoofdbestuur van St.-Joseph. Het fonds werd bijgestaan door een *eerwaarde geestelikke adviseur*, de priester J. Schröder.⁸⁷ De secretaris, de heer Linder, notuleerde nogal fonetisch.

Alleen de leden van St.-Joseph konden met hun gezin van Liduina lid worden.⁸⁸ Een gezin betaalde voor iedere volwassene 12,5 cent per week. De leden kregen genees-, heel- en verloskundige hulp en medicijnen. Zij konden vrijelijk kiezen uit de artsen die aan het fonds verbonden waren. Bij iedere geboorte kreeg de verzekerde een uitkering van f 5, mits hij 8 maanden ingeschreven stond en hij een geboortebewijs of een bewijs van begraven van een levenloos kind kon overleggen. Als de kas het toeliet, werd verpleging in een ziekenhuis betaald.

Er was een bode, Versteeg. Deze kreeg geen aanbrengpremie, maar een cent per lid.

Het bestuur sloot overeenkomsten met de medewerkers. Deze hoefden niet katholiek te zijn. De artsen kregen geen honorarium, maar werden per visite betaald. De leden moesten voor ieder doktersbezoek hun huisarts een bon geven, die zij voor een cent bij het fonds moesten kopen. De artsen kregen aan de hand van deze bonnen hun honorarium. Dit verrichtingensysteem werd door de NMG verfoeid, maar door de Utrechtse artsen in stilte gewaardeerd. Soms eisten zij van een patiënt twee bonnen voor een visite, zij declareerden dan dubbel tarief.⁸⁹ De artsen en apothekers verplichtten zich bij hun medewerkerschap naar verhouding van het aantal gehouden visites en geleverde medicamenten bij een eventueel verlies een deel van het kastekort te dekken.

De penningmeester moest de ontvangen premies storten op een spaarbankboekje van de Rooms-Katholieke Spaarkas. Hij zorgde voor de vorming van een reservekas. Ieder boekjaar werd de helft van het batig saldo op een aparte rekening gestort. Bij tekorten gebruikte hij de rente van deze rekening, maar niet het geld van de reservekas. Als het boekjaar met een batig saldo werd afgesloten, dan stortte hij deze rente op het spaarbankboekje voor de betaling van ziekenhuisverpleging en kunst- en hulpmiddelen.

De eerste ledenvergadering werd gehouden op zondag 4 november 1894.⁹⁰ 67 huisgezinnen hadden zich als lid aangemeld. Het bestuur had twee artsen gecontracteerd. Deze waren beiden niet katholiek, maar men was al blij dat ze hadden toegestemd om voor Liduina te werken. De meeste leden hielden in 1894 nog hun eigen artsen aan.

De eerwaarde adviseur probeerde in 1894 regelingen te treffen voor de ziekenhuisverpleging. Hij had een brief gestuurd naar de aartsbisschop, mgr. Snickers, in de hoop dat deze voor reductie van het ligtarief in het St.-Andreasgasthuis wilde zorgen. Zijne eminentie kon dit niet, maar schonk ter compensatie f 2.000 in effecten. Van de renteopbrengst, f 55,50, kon dan deze reductie worden betaald.

Het verschil tussen katholiek en protestant leverde voor de geneeskundige verzorging in 1894 problemen op. Een lid had een ernstige ziekte gekregen, *namelijk aan het hoofd*. De man werd thuis verpleegd. Zijn dokter, Das, kon hem niet meer helpen, de chirurg Buringh Boekhoudt wel.⁹¹ Das wilde de patiënt voor een operatie overbrengen naar het katholieke St.-Andreasgasthuis, maar Buringh Boekhoudt weigerde een voet in het Andreasgesticht te zetten. Hij wilde zijn patiënten alleen in het Diaconessenhuis helpen, maar daar waren de verpleegkosten hoger dan in het katholieke ziekenhuis. Deze uitgave was voor Liduina een onverantwoorde uitgave uit de nauwelijks gevormde reservekas.

De geestelijk adviseur, Schrämhard, was soepeler dan Buringh Boekhoudt, want hij vond de genezing van zijn gelovigen belangrijker dan de identiteit van het Diaconessenhuis. Hij kreeg het voor elkaar, dat het bestuur van het Diaconessenhuis een korting gaf op de verpleegprijs van f 1,50 voor f 0,60 per dag. De zieke werd gelukkig na een verpleging van 35 dagen en medicijnen weer beter.

De opvolger van Schrämhard, dr. Van Roermond, was conservatiever. Van Roermond zag er op toe dat de zedelijke beginselen zuiver gehandhaafd bleven. Hij was tegen de Malthusiaanse bond en eiste dat de artsen van Liduina schriftelijk verklaarden zich tegen de praktijken van deze bond te verzetten. Anders zou hun medewerkerschap worden opgezegd. Van Roermond wilde in 1898 ook dat de katholieke zieken in het Andreasgasthuis verpleegd moesten worden, want hij wist hoe het in het Diaconessenhuis *toegang wegens de godsdienst!*⁹² Het was wel een probleem, want er waren meer Utrechtse artsen die in het katholieke ziekenhuis weigerden te komen.

Dankzij de propaganda door St.-Joseph en de aanbevelingen door kapelaans en pastoors was het ledental in 1895 al gestegen tot 249 gezinnen, 447 leden.⁹³ Op aandringen van dr. Van Roermond werden twee nieuwe artsen aangesteld. Een van deze artsen, een goed Rooms-Katholiek, wilde zich nieuw vestigen en had problemen met de opbouw van zijn praktijk.⁹⁴ Hij werd aanbevolen als verloskundige voor een prijs, waar men hier ter steden niemand zal krijgen. *Deze docter is berijdt te helpen voor | 7,50, zoo als de leeden weten trek men | 5 bevallingsgeld, dus zoo men | 2,50 er bij moeten passen, waarvoor men een nette behandeling kon verwachten.* De uitkering voor verloskundige hulp dekte dus de kosten voor verloskundige hulp door een arts niet.

1895 werd met een nadelig saldo afgesloten. Van Roermond spoorde de leden aan *niet tegauw naar de dokter te lopen, wanneer het fons achteruit zou gaan, zou het bestuur de kosten van de bons moeten verhogen.*⁹⁵ Het bonnenstelsel was door het principe van de eigen bijdrage een effectief systeem om het doktersbezoek af te remmen. Van Roermond wilde dat Liduina in 1897 weer een batig saldo zou hebben, want dan konden er hulpmiddelen voor gemeenschappelijk gebruik worden aangeschaft, zoals een *makkulukke stoel*.

De gemakkelijke stoel kwam er in 1896 niet, want Liduina zat nog steeds in de rode cijfers. Dit werd nu geweten aan de hoge verpleegprijzen van het Diaconessenhuis en het St.-Andreasgesticht. In 1897 werden voor de financiële problemen verschillende oplossingen bedacht, maar zonder veel resultaat.⁹⁶

Een verzekerde was van mening dat *er niet zoveel veesten gevierd moesten worden door het bestuur* en hij vroeg of het hoofdbestuur van st.-Joseph niet kon bijdragen aan de tekorten. Dit werd door de voorzitter, Vermeulen, van de hand gewezen. Het fonds had geen formele banden met de vakbond en deze zou dit weigeren. Iemand anders suggereerde alle dokters en apothekers te ontslaan en maar een arts en een apotheker aan te stellen. *Deze moesten het dan maar voor minder doen* en de leden konden best wat verder lopen. Het bevallingsgeld moest ook worden gekort. De goede man werd voor deze laatste gedachte de zaal uitgegoid.

Een andere suggestie was de zieken te laten verplegen in het SAZU. De ligprijzen waren daar lager dan in de andere gestichten. Waarom dan daar niet naar toegegaan? Dit was eenvoudig: *dat dit voor een man niet zoveel beteken, maar dat wij motten reekening houden met het eergevoel eener vrouw en dat het niet aangaat een vrouw onder al die studenten te brennen. Wat moet een vrouw niet een schaamte gevoelen als er zoo 12 tot 30 studenten om heen staan.* Bovendien was het stedelijke ziekenhuis goed voor de armenzorg *en alst dat wij niet in het Leduinafonst hoeven te gaan alst wij van de armen moeten trekken.* Ook al was de ziekenhuisverpleging in het Andreasgasthuis niet te betalen, principe was principe.

De financiële problemen werden voorlopig opgelost door de contributie met 2,5 cent te verhogen en de ziekenhuisverpleging voorlopig op te schorten. Dit zou zo blijven tot 1902. Toen werden 161 verpleegdagen in het Andreasgasthuis vergoed. Het boekjaar 1898 werd door deze maatregelen afgesloten met een batig saldo. Het fonds groeide geleidelijk. In 1904 waren 160 gezinshoofden betalend lid, met kinderen en vrouwen meegerekend waren 775 mensen ingeschreven.⁹⁷ De verstrekkingen in 1904 waren:

- 26 bevallingen;
- breukbanden, brillen, kniekousen, buikbanden met beugels, 1 paar platvoetzolen;
- 3160 visites;
- 3098 recepten.

Het SAZU bleek in 1904 door de lagere verpleegprijs voor Liduina aanvaardbaar geworden, want daar werden nu ook verpleegdagen vergoed.

Het bonnenstelsel was voor de verzekerden soms een probleem. Zij waren verplicht om altijd twee bonnen in huis te hebben en sommige leden konden dit niet zo makkelijk betalen.⁹⁸ Bij langdurige ziekte kwam de dokter soms een of twee keer per dag langs en moest iedere keer een bon krijgen. Het

bestuur was echter zo overtuigd van de remmende werking van de bonnen op het artsengebruik, dat het pas in 1904 toestemde om voor chronisch zieken de dokters anders te betalen. De bonnen waren bovendien belangrijk voor de fondskas, want de kosten van de ziekenhuisverpleging werden ermee betaald.

Het verrichtingensysteem vormde geen moreel probleem voor de Utrechtse artsen, hoewel zij voorstander waren van betaling op abonnement.⁹⁹ De penningmeester van Liduina betaalde altijd correct en het fonds was te klein om zich over deze uitzondering druk te maken. De meeste artsen en apothekers hadden ooit verzekerden van Liduina behandeld of voor hen recepten klaargemaakt. Het bestuur was soepel in het afsluiten van overeenkomsten, en de afkeuring van de principes van de Malthusiaanse bond werd nooit afgedwongen. Voor de leden en de verzekerden was er beperkte vrije artsenkeuze. Het bestuur steunde katholieke artsen wel, maar maakte bij het sluiten van overeenkomsten geen onderscheid in geloof.

Wijkbelang

Wijkbelang werd als onderling ziekenfonds opgericht door de Nederlands Hervormde Gemeente op 1 juli 1893.¹⁰⁰ Wijkbelang bracht als eerste fonds de verzuiling in de Utrechtse relatie artsen-ziekenfondsen, enkele weken voor de oprichting van Liduina.

De leden hadden recht op geneeskundige hulp en medicijnen voor een premie van 20 cent per gezin per week. Zij benoemden op de jaarlijks vergaderingen het bestuur en een commissie van toezicht.

Er was geen vrije artsenkeuze. Wijkbelang had maar één dokter en één apotheker. De arts kreeg een abonnementshonorarium van *f* 2 per lid en *f* 4,75 per gezin, overigens met 1% korting per kwartaal.

1.10 De Vereniging van Doktoren en Apothekers te Utrecht

1893 was, met de oprichting van Liduina, Wijkbelang en de transformatie van Let op Uw Einde van commercieel fonds in medewerkersfonds, het eerste jaar met grote verandering in het Utrechts ziekenfondsbestel. De relatie fondsen-artsen-apothekers veranderde ingrijpend in 1897 door ontwikkelingen bij de oude Voorzorg.

Artsen en apothekers der Voorzorg: verenigt u!

De Voorzorg was sinds 1876 eigendom van de directeuren H.J.A. Klokke en J.L. Philippi. In 1880 had H. de Groot zich ingekocht. Hoe de Voorzorg er in deze periode financieel voor stond, is niet na te gaan, de administratie uit deze tijd ontbreekt. Het exploitatiefonds kreeg in de negentiger jaren wel concurrentie van andere fondsen als Wijkbelang, Liduina, Hulp bij Ziekte en het Algemeen Utrechtsch Ziekenfonds, maar het bleef het grootste fonds.

Op 17 juli 1897 kwamen in café Fisslthaler de artsen en apothekers van de Voorzorg bij elkaar voor een bespreking van de *ongunstige toestand van de te Utrecht werkzame Ziekenfondsen, meer in 't bijzonder die van de Soc. Voorzorg*.¹⁰¹ De aanwezigen, de artsen Van de Kaaij, Verwey, Verhoeff, Staal, Bunnik, Van Zadelhoff en Vrijheid¹⁰² en de apothekers Berends, Enters, Frackers en Tiglers Wibrandi, achtten eensgezind optreden noodzakelijk. Alle artsen, behalve Bunnik, waren lid van de NMG. Zij besloten tot de oprichting van de Vereniging van Doctoren en Apothekers gevestigd te Utrecht, kortweg de Vereniging. Het doel van de Vereniging was het behartigen van de belangen van haar leden en van de ziekenfondsen, waar deze leden als medewerkers aan verbonden waren.¹⁰³ Alle in Utrecht gevestigde doktoren en apothekers, voor zover niet verbonden aan commerciële ziekenfondsen, konden lid worden.

De Vereniging was de eerste van haar soort in Nederland. In Amsterdam werd in 1902 de Vereniging van Ziekenfondsgeneesheeren opgericht.¹⁰⁴ In 1909 groeide bij de NMG pas de gedachte, dat de oprichting van plaatselijke verenigingen van ziekenfondsgeneesheren als onderafdelingen van de Maatschappij zou kunnen worden bevorderd.¹⁰⁵

De Voorzorgmedewerkers wilden in 1897 eigenlijk maar één ding: het beheer van de Voorzorg overnemen. Zij stelden een brief op voor de Voorzorgdirecteuren met twee eisen:

- wijziging van het bestuur van de Voorzorg, door naast de drie directeuren twee artsen, twee apothekers en twee verzekerden aan te stellen;
- een vernieuwd reglement voor de Voorzorg. In dit reglement zou de verhouding tussen de honoraria van directeuren, de doktoren en de apothekers worden gewijzigd, de aanbrenghpremies voor de bodes worden afgeschaft en de ziekingelduitkering voor nieuwe leden komen te vervallen. De medewerkers wilden een uitkering van het jaarlijks batig saldo en een verbod voor de bodes op het afdwingen van fooien van de artsen en de apothekers.

Deze grieven waren duidelijk en praktisch: betere honoraria, een aandeel in het bestuur voor de verdediging van hun belangen en verkleining van de macht van de bodes.

De Voorzorgdirecteuren reageerden vijf dagen later.¹⁰⁶ Zij waren verwonderd over de grieven van de Vereniging, want ze hadden in de afgelopen 17 jaar nooit klachten gehoord. Philippi speelde daarbij de Vereniging in de kaart door contact op te nemen met Van der Kaaij, de voorzitter van de Vereniging. Hij suggereerde dat een directeur voor het bewind van de Voorzorg eigenlijk wel voldoende was en vleide zich met de gedachte, dat hij daarvoor de geschikte kandidaat was.¹⁰⁷ Van der Kaaij briefde dit door aan De Groot en Klokke.

Het gevolg van zijn actie was ruzie in de directeursgelederen. Van der Kaaij en Denijs wisten hiervan handig gebruik te maken en kregen op 3 augustus door een bescheiden druk volledige instemming van het drietal met de eisen van de Vereniging.¹⁰⁸ De Voorzorg was met deze coup van een exploitatiefonds veranderd in een medewerkersfonds. Vrijheid en Van der Kaaij als artsen en Tigler Wibrandi en Denijs als apothekers namen zitting in het nieuwe bestuur.

Het varkentje was nog niet helemaal gewassen. Tigler Wibrandi en Van der Kaaij probeerden de overeenkomst tussen de Voorzorg en de Vereniging juridisch vast te leggen, maar geen enkele notaris wilde een akte opmaken wegens het juridisch eigenaardige karakter van de Voorzorg. Zelfs een advocaat kon geen advies geven. De enige mogelijkheid om een en ander rechtsgeldigheid te geven, was de notulen van de vergadering van 3 augustus op gezegeld papier te schrijven en door het nieuwe bestuur te laten tekenen.¹⁰⁹ De directeuren probeerden ook nog de oude reservekas in eigen beheer te houden, maar zij kregen opnieuw ruzie en het geld werd aan het nieuwe bestuur gegeven.

Het reglement van de Voorzorg werd op 28 augustus aan de situatie aangepast.¹¹⁰ De directeuren kregen een nieuw salaris opgelegd, 1/3 cent per lid per week. De bodelonen werden vastgesteld op 1,5

cent per lid per week. De aanbrengpremie werd afgeschaft. De honoraria voor de artsen en apothekers bedroegen f 2,20 per lid per jaar. Er bleek ook nog een tandmeester voor extracties aan de Voorzorg verbonden. Hij hield zijn 5 cent per lid per jaar.

De Vereeniging had wat de Voorzorg betreft haar zin gekregen. De samenwerking met andere fondsen lukte echter niet erg.

De Voorzorg en Hulp bij Ziekte?

De Vereeniging had in haar reglement de bepaling opgenomen, dat haar lidmaatschap openstond voor alle Utrechtse ziekenfondsartsen en apothekers.¹¹¹ Op 28 augustus werd met collega De Koff van Hulp bij Ziekte over fusie gesproken. Deze bedankte echter voor de eer zolang nog een van de oude directeuren aan de nieuwe Voorzorg verbonden was. De fondsen konden naar zijn mening wel uitstekend als zusterfondsen naast elkaar bestaan.

Vrijheid, op 25 september tot voorzitter van de Vereeniging gekozen, stelde een reglementswijziging voor de Voorzorg voor. Alle medewerkers van de Voorzorg zouden ook lid moeten kunnen worden van Hulp bij Ziekte. Hulp bij Ziekte was in de ogen van de Vereeniging een exploitatiefonds, omdat de medewerkers een aandeel van het batig saldo kregen.¹¹² De Koff stuurde hem op 30 september een brief, waarin hij eigenlijk zijn leedwezen met de Vereeniging betuigde en opnieuw afzag van samenwerking met de Voorzorg.¹¹³

Het bleek dat de artsen van Hulp bij Ziekte het conflict bij de Voorzorg tussen de medewerkers en de directeuren al eerder hadden voorzien. De directeuren hadden bij Hulp bij Ziekte een slechte reputatie. Het bestuur van Hulp bij Ziekte had de medewerkers van de Voorzorg van 1 juli tot 15 augustus de mogelijkheid gegeven over te stappen, maar dezen hadden niet gereageerd. Het bestuur van Hulp bij Ziekte had deze periode beperkt, omdat dit het tegenover de eigen apothekers niet fair vond de concurrenten van de Voorzorg te veel kans te geven en om het ledental van Hulp bij Ziekte niet te veel onder de apothekers te verbrokkelen.

De Koff vond op zijn beurt de Voorzorg een exploitatiefonds, omdat de oude directeuren nog functioneerden, de honoraria lager waren dan bij Hulp bij Ziekte en voor de verdeling van het batig saldo nog steeds niets geregeld was. Op de brandkast van de directeuren stond volgens hem nog steeds het *noli mi tangere*, raak me niet aan. Het ontbrak er nog maar aan dat door samenwerking de oude directeuren bij Hulp bij Ziekte binnengesmokkeld zouden worden! De leden van de Vereeniging waren slechter af dan voor de overname van de Voorzorg, omdat zij nu door een contract met de oude directie gebonden waren. Vroeger konden zij hun medewerkerschap vrijwillig opzeggen. Hulp bij Ziekte was volgens De Koff het ideale medewerkersfonds, waar de artsen en apothekers met de Voorzorg naar streefden. Zij hadden hun kans echter gemist en De Koff betuigde zijn leedwezen. Hulp bij Ziekte stond niet toe dat haar medewerkers zich bij de Voorzorg en de Vereeniging mochten aansluiten.

De kern van het geschil was de positie van Klokke, Philippi en De Groot, die voor de medewerkers van de Voorzorg blijkbaar wel aanvaardbaar waren. Het kon eigenlijk ook niet anders. De Voorzorg was het grootste fonds in Utrecht, de verzekerden waren voor hun inkomen te belangrijk.¹¹⁴ Hulp bij Ziekte was te klein om dit verlies te compenseren en zij waren dus genoodzaakt met de directeuren verder te gaan. Op 20 november werd besloten om van verdere pogingen tot samenwerking met Hulp bij Ziekte af te zien, maar wel met spijt. Samenwerking tussen de fondsen zou de concurrentie tussen de Utrechtse artsen en apothekers uitgeschakeld kunnen hebben en het ideaal van een uitsluitend door medewerkers beheerd fonds hebben verwezenlijkt.

De Vereeniging probeerde op 17 december het bestuur van Hulp bij Ziekte nog een keer uit te nodigen, maar kreeg geen antwoord. Ook al kwamen de heren doktoren regelmatig bij elkaar in de Kring, zakelijk was de eenheid nog ver te zoeken. De artsen en apothekers waren voorlopig nog per ziekenfonds solidair, van gemeenschappelijke belangenbehartiging op lokaal niveau was geen sprake, zelfs niet tegen een paar fossiele directeuren van een exploitatiefonds.

Een kleine depressie

De mislukking met Hulp bij Ziekte liet wel een kater na. De Vereeniging zocht oprecht samenwerking. Daarbij had men na de overname van de Voorzorg en de verbetering van de bestuursstructuur een groei van het aantal verzekerden verwacht. Deze was er ook: 2.¹¹⁵

De verzekerden interesseerden zich niet voor de problemen van hun artsen en apothekers met de directeuren. Het verstrekkingenpakket werd niet verbeterd en de premie niet lager. De Voorzorg werd voor de Utrechtse minvermogende niet aantrekkelijker. Op 20 februari 1898 werd de stand van zaken besproken. Het bestuur klaagde dat alle pogingen om de feilen van het ziekenfondsbestel te verhelpen

mislukt waren. De secretaris, de apotheker Tigler Wibrandi, wilde de Vereeniging maar opheffen en de directeuren hun vrijheid teruggeven.

Vrijheid was mordicus tegen. Zij zouden dan zeker wraak nemen. Hij wilde de Vereeniging juist versterken door actief leden te gaan werven. Deze nieuwe leden zouden zich dan moeten verbinden aan Voorzorg onder voorwaarde dat zij op naam van de andere fondsen waar zij een contract mee hadden geen nieuwe verzekeren zouden aannemen, en zich niet met nieuwe fondsen mogen verbinden. Dit zou op den duur de positie van de Voorzorg versterken en de doelstelling van de Vereeniging, een algemeen ziekenfonds, verwezenlijken. Dit werd als beleidsvoorstel voor de komende jaren aangenomen. De crisis was bezworen.

De vaststelling van de honoraria

De honoraria van de Voorzorgmedewerkers waren na 1897 nog steeds niet definitief geregeld. Deze moesten door de Vereeniging worden vastgesteld, omdat zij het bestuur van de Voorzorg vormde.

De apothekers kregen een vast abonnementshonorarium, waarmee zij nauwelijks hun kosten konden dekken.¹¹⁶ Zij klaagden steen en been over het voorschrijven van medicamenten in te grote hoeveelheden of van te dure medicijnen, waarvoor goedkopere substituten bestonden. In september 1899 werd voorgesteld bij wijze van proef gedurende een periode de apothekers de aan de verzekerden van de Voorzorg verstrekte medicijnen tegen kostprijs te vergoeden. Deze kostprijs zou worden vastgesteld aan de hand van een prijscourant. Aan het eind van het boekjaar zou na aftrek van de beheerskosten het restant van het batig saldo voor 3/8 aan de apothekers en voor 5/8 aan de artsen worden uitgekeerd. Door dit systeem zouden de artsen steeds zuiniger worden met het voorschrijven van medicijnen. Als prijslijst zou het Amsterdams Formularium gebruikt kunnen worden, niet om de artsen in hun vrijheid van receptuur te beperken, maar als richtlijn.

De apotheker Denijs mopperde nog wel over de grote hoeveelheid administratie voor apothekers, die veel recepten hadden, maar het systeem werd voor een half jaar als proef aangenomen.¹¹⁷ De kostprijs van de medicijnen werd gebaseerd op de laatst verschenen prijslijsten van de Onderlinge Pharmaceutische Groothandel, O.P.G., te Utrecht, met een toeslag van 10% voor de bijkomende kosten. De stedelijke prijslijst voor de medicijnen voor de armenzorg zou door de dokters als voorschriftenlijst worden gebruikt en niet het Amsterdams Formularium. De verhouding 3/8-5/8 werd als verdeelsleutel aangenomen, maar van het batig saldo werd wel een bedrag afgetrokken voor de reservekas van de Voorzorg.

De proef werd een succes. Op 31 augustus 1900 werd dit abonnementshonorarium definitief.¹¹⁸ Een van de belangrijkste eisen uit 1897 was na drie jaar eindelijk gerealiseerd: een rechtvaardige honorering voor de diensten uit de ziekenfondspraktijk. Het systeem was niet uniek. De verdeelsleutels werden in andere plaatsen vaker toegepast, maar voor de medewerkers van de Voorzorg was het een grote, zij het late verbetering.

De Vereeniging en de Kring

In 1897 bestond tussen de Kring en de Vereeniging geen relatie. De Kring wilde zelfs eerst niets met de problemen van de artsen en de fondsen te maken hebben.

Vrijheid probeerde tijdens de Kringvergadering van 24 september 1897 de problemen van de huisartsen en de apothekers met de ziekenfondsen aan te snijden.¹¹⁹ Vice-voorzitter Wijnhoff liet hem echter niet uitspreken. Deze strijd werd door de ziekenfondsen onderling gevoerd en hoorde volgens hem niet tot de onderwerpen die door de Kring behandeld konden worden. Wijnhoff smoorde een dreigende discussie in de kiem.

Op 29 april 1898 waagde Vrijheid opnieuw een poging een bespreking te houden over de verhouding van sommige medici ten opzichte van de ziekenfondsen, maar hem werd verzocht zijn mond te houden. Een dergelijk gesprek was volgens het reglement van de Kring tijdens de vergaderingen niet gepast.¹²⁰

Van der Kaaij had op 24 juni 1898 meer succes.¹²¹ Hij wist van de ziekenfondskwestie een agendapunt te maken en hield tijdens deze vergadering een gloedvol betoog over de successen van de Voorzorgartsen en -apothekers in de strijd om een algemeen Utrechts medewerkersfonds. De bestaande fondsen zouden volgens hem geen verzekeren meer mogen aannemen, alleen de Voorzorg nog. Enkele collega's van Hulp bij Ziekte werkten echter niet mee en daardoor mislukte volgens hem de vorming van een dergelijk fonds. Van der Kaaij wilde van de Kringvergadering een motie, waarin steun betuigd werd aan de acties van de Vereeniging en afkeuring werd uitgesproken over de artsen die de Voorzorg tegenwerkten.

De meeste aanwezigen op de vergadering twijfelden of de Voorzorg eigenlijk wel veranderd was. Van alle ziekenfondsen had de Voorzorg nog wel de slechtste reputatie en men snapte niet dat het nu bij toverslag het beste fonds zou zijn. De belangrijkste oorzaak van de onenigheid was dat de medici die niet aan de Voorzorg en de Vereeniging verbonden waren er niets voor voelden, dat hun andere collega's over hun fondspraktijk zouden beslissen.

De vergadering nam alleen een motie aan, waarin de pogingen tot hervorming van de Voorzorg door de afdeling Utrecht van de NMG werden gesteund. Dit was de enige blijk van betrokkenheid van de afdeling bij de pogingen van enkele van haar leden om hun invloed op de ziekenfondsen te vergroten. De Vereeniging als beroepsvereniging van huisartsen en apothekers en de NMG-afdeling werkten voorlopig nog niet samen. De Kring werd met deze motie wel voor het eerst sinds 1878 in de ziekenfondskwestie actief.

1.11 Ziekenfondsen en medewerkers, 1899-1908

De partijen in het Utrechtse ziekenfondsbestel waren bijna gevormd. De Kring had haar visie op de Utrechtse ziekenfondskwestie gegeven, de positie van de Vereeniging was duidelijk, de ziekenfondsen waren op een na gereorganiseerd of opgericht. De NMP toonde zich als landelijke organisatie niet actief betrokken bij de Utrechtse kwesties.

De verzekerden zelf speelden nog geen actieve rol. Zij waren nog niet bij het bestuur van de ziekenfondsen betrokken. De Rooms-Katholieke vakbeweging had met Liduina haar visitekaartje afgegeven, maar dit fonds was voor de artsen geen partij. Zij stemden zelfs stilzwijgend in met het niet-erkende verrichtingsstelsel en de beperkte vrije artsenkeuze bij het arbeidersfonds.

Het zou veranderen in 1899 met de oprichting van Ziekenzorg.

Ziekenzorg en de Vereeniging

Op 1 mei 1899 werd Ziekenzorg, Algemeene Utrechtsche Vereeniging voor genees-, heel- en verloskundige hulp opgericht.¹²²

Ziekenzorg was een initiatief van enkele leden van de Utrechtse Bestuurdersbond, die een eigen algemeen arbeidersfonds wilden. De feitelijke aanleiding voor Ziekenzorg is niet bekend. Het archief van de bond is verdwenen. Of Ziekenzorg bedoeld is als reactie op de initiatieven van de Vereeniging, is de vraag. De stichting en het karakter van het fonds passen beter bij de groei van de vakbeweging en de emancipatie van de arbeider. Amsterdam had al zijn Ziekenzorg en 's-Gravenhage zijn Volharding. De voorzitter van het Amsterdamse Ziekenzorg had bij de oprichting van de Utrechtse zustervereniging geadviseerd.

Ziekenzorg was een onderling fonds. Het bestuur werd gekozen door en uit de algemene ledenvergadering. De bestuurdersbond had geen invloed bij de bestuursbenoemingen, in tegenstelling tot de Rooms-Katholieke vakbond bij Liduina. Het bestuur stelde in het eerste reglement nog geen welstandsgrens vast. De minvermogene doelgroep werd gedefinieerd als de kleine Utrechtse burger- en handwerkstand.¹²³

De relatie met de medewerkers zou worden geregeld door middel van het verrichtingsstelsel. Om voor mei 1899 medewerkers aan te trekken had de Bestuurdersbond in februari op naam van de Coöperatieve Vereniging Ziekenzorg aan de Utrechtse artsen en apothekers een circulaire gestuurd.¹²⁴

Dit schrijven viel slecht bij de Vereeniging. De artsen en apothekers reageerden vijandig met het oordeel dat Ziekenzorg een exploitatiefonds zou zijn. Het fonds was veroordeeld voordat het bestond. De Vereeniging stuurde haar leden een schriftelijk verbod om op verzoeken van het fonds in te gaan.¹²⁵ Zij adverteerde zelfs in een medisch blad om sollicitanten voor Ziekenzorg te adviseren eerst informatie te laten inwinnen bij de Vereeniging. Het eerste conflict tussen de Vereeniging en Ziekenzorg werd gelijk met zwartmakingen uitgevochten. Een anoniem Vereenigingslid stuurde een sollicitant een brief, waarin de mensen van Ziekenzorg werden uitgemaakt voor *het gemeenste soort mensen*, behorende *tot het uitvaagsel van de Mij.* en dat een medicus, die zich in Utrecht aan het fonds wilde verbinden, door de collega's *met de nek zou worden aangekeken en na enkele jaren de stad uitgebannen zou worden.*¹²⁶ Dit soort polemiek werd karakteristiek voor de manier waarop de artsen en Ziekenzorg voortdurend hun ideologische geschillen zouden uitvechten.

Geen enkele Utrechtse apotheker wilde aan Ziekenzorgverzekerden medicijnen leveren en deze boycot werd hard gevoeld. Tijdens de ledenvergadering van Ziekenzorg op 8 augustus 1899 werd door de verzekerde Beckers opgemerkt dat de Centraal Apotheek uit Amsterdam verzocht zou kunnen worden in Utrecht een filiaal te vestigen.¹²⁷ De Centraal Apotheek was een onderneming, die in diverse steden filialen had en door de plaatselijke apothekers als concurrent werd gevreesd. Beckers dacht dat alleen al door het noemen van de naam Centraal Apotheek de apothekers wel bang zouden worden. Eentje zou dan Ziekenzorg wel ter wille zijn.

De apothekers waren inderdaad bevreesd. Zij riepen op 2 oktober 1899 een vergadering van de Vereeniging bij elkaar en verzochten het centrale contract met de Voorzorg te mogen verbreken om aan de andere Utrechtse fondsen medicijnen te mogen leveren.¹²⁸ Niemand wilde een Centraal Apotheek in zijn buurt hebben. De apothekers wilden Ziekenzorg wel tegemoetkomen, maar de artsen niet en ieder voorstel om Ziekenzorg medicijnen te laten leveren werd door hen tegengestemd. De kwestie werd voor Ziekenzorg opgelost, doordat de firma Mulder & Hegland tegen de besluiten van de Vereeniging in medicijnen wilde leveren. Dit werd door de apothekers in de Vereeniging maar genegeerd. In 1902 verbond G.J. Brinkgreve zich als apotheker aan het fonds.

De artsen Bouvé en Stants vestigden zich in 1901 met nieuwe praktijken in Utrecht en sloten buiten de Vereeniging om een overeenkomst met Ziekenzorg. Het fonds kon de leden nu ook voorzien van

voldoende geneeskundige hulp. Beide artsen waren lid van de Geneeskundige Kring. Stants zou Ziekenzorg in alle crises tot aan de oorlog door dik en dun trouw blijven.

Ziekenzorg groeide als kool. In 1903 waren meer dan 1.800 mensen lid.¹²⁹ De verstrekkingen waren geneeskundige hulp, medicijnen, kraamgeld, vaccinaties, levertraan en breukbanden en tanden- en kiezentrekken. Het bestuur huurde kantoorruimte in het gebouw van de coöperatie De Eendracht aan de Kromme Nieuwe Gracht. Het fonds maakte gebruik van bodes, die als salaris 8% van de contributie kregen.

Ziekenzorg had als onderling fonds haar bestaansrecht bewezen. Het fonds wist ondanks de druk van de Vereeniging medewerkers aan te trekken. Sommige leden van de Vereeniging hadden een principiële weerzin tegen het onderlinge arbeiderskarakter van het fonds, maar Ziekenzorg was een grote concurrent voor de Voorzorg. Het katholieke Liduina was niet te groot en werd als onderling beheerd fonds door de Vereeniging getolereerd. Ziekenzorg was door haar grootte voor de Vereeniging wel een gevaarlijk fonds.

De afdeling Utrecht en de ziekenfondsen, 1902-1908

De Geneeskundige Kring, nu formeel afdeling Utrecht van de NMG genoemd, had zich van de strubbelingen tussen Ziekenzorg en de Vereeniging afzijdig gehouden.

Het NMG-hoofdbestuur wilde in 1902 van zijn afdelingen een uitspraak over de groter wordende maatschappelijke betrokkenheid van de Maatschappij. De afdeling discussieerde hierover op de vergadering van 19 september 1902.¹³⁰ Alle artsen waren het erover eens dat de NMG ruimschoots beantwoordde aan haar wetenschappelijke doelstellingen. De Maatschappij was echter meer geworden dan een vakvereniging. De betekenis van de verdediging van de belangen van het publiek was even groot geworden als die van de materiële belangen van de leden. De artsen stemden in met het principe van de bindende besluiten: een afdeling mocht haar leden binden door een besluit, als het Hoofdbestuur daarvoor toestemming verleende.¹³¹

De afdeling stelde een Commissie van Beroepsbelangen in, de CvB. Deze zou zich bezig moeten gaan houden met de ziekenfondsen, de relatie met de gemeente, de andere medische beroepsgroepen en de regeling van interne geschillen. De CvB sprak zich lovend uit over het werk van de Vereeniging, iets wat de afdeling alleen in 1898 had gedaan en dan nog zonder deze met name te noemen. Tijdens de afdelingsvergadering van 27 maart 1903 toonde de commissie haar waardering voor de Vereeniging. De CvB en de Vereeniging voerden in het vervolg over ziekenfondskwesties overleg.

Op 24 februari legde de CvB de afdeling een voorstel voor tot wijziging van het afdelingsreglement. Dit voorstel was gedaan in overleg met de Vereeniging naar aanleiding van problemen met het ziekenfonds De Liefde. De Liefde werd in 1903 door Johan de Liefde opgericht als fonds voor het personeel van zijn nieuwsblad De Liefde, het latere Utrechts Nieuwsblad. De directie van De Liefde, tevens eigenaar van het fonds, wilde een arts en een apotheker aantrekken en zocht contact met de Vereeniging. Deze reageerde zoals bij Ziekenzorg en verbood haar leden op verzoeken van het bedrijfsfonds in te gaan.¹³² De Liefde kende geen vrije artsenkeuze en moest daarom te vuur en te zwaard worden bestreden. Evenals bij Ziekenzorg bood een arts van buiten de stad De Liefde zijn diensten aan.

De CvB en de Vereeniging besloten hierna tot samenwerking. De afdeling Utrecht zou de artsenbelangen tegenover de ziekenfondsen gaan behartigen. Zonder discussie werd op 24 februari 1904 het reglement van de afdeling rigoureus gewijzigd. Er werden twee nieuwe artikelen opgenomen:¹³³

- *De Afdeling wijdt hare aandacht aan de binnen het gebied der Afdeling Utrecht werkzame ziekenfondsen en gaat zoveel mogelijk hun inrichting en werking na;*
- *Door de afdeling wordt een lijst opgemaakt en bijgehouden van zulke ziekenfondsen, welke aan een der na te noemen voorwaarden voldoen [...].*

Deze voorwaarden waren:

- een meerderheid van artsen en apothekers in het bestuur;
- voldoende waarborging van de belangen van de artsen en apothekers bij fondsen van industriële ondernemingen, vakverenigingen, coöperatieve fondsen en fondsen zonder winstbejag.

Dit nieuwe reglement werd aan het Departement Utrecht van de NMP voorgelegd, dat in 1905 met deze genomen maatregelen instemde.¹³⁴ Het Departement kon echter geen maatregelen nemen tegen apothekers die medicijnen leverden aan niet-erkende ziekenfondsen. De NMP speelde geen rol bij de bemoeienissen met de ziekenfondsen in Utrecht.

Het Hoofdbestuur van de NMG stemde met de reglementsherziening in. Het verzocht alleen de naam Commissie van Beroepsbelangen te wijzigen in afdelingsraad, omdat er een spraakverwarring dreigde met de Centrale Commissie van Advies inzake Beroepsbelangen van de NMG.¹³⁵

De reglementsaanpassing getuigde van realiteitszin. De afdeling kon hiermee alle ziekenfondsen in de regio erkennen, waar de belangen van haar leden en de apothekers voldoende waren gewaarborgd. Zij kon haar leden dwingen alleen voor erkende ziekenfondsen te werken. Als een lid zich namelijk aan een niet erkend ziekenfonds had verbonden, dan moest hij aan de hand van de statuten van dat fonds de afdeling adviseren over de plaatsing van dat fonds op de lijst. Als de afdelingsraad dit fonds niet erkende, dan diende hij zijn medewerkerschap op te zeggen, op straffe van schorsing van zijn lidmaatschap van de NMG. Deze maatregel werd niet als bindend besluit opgevat, maar als vaderlijke raadgeving.¹³⁶

De afdelingsraad wachtte met het opstellen van de lijst tot de behandeling van de ziekwet-Kuyper.¹³⁷

De afdeling stemde van harte in met de visie van de NMG over dit wetsontwerp, vooral met de principe-uitspraken over het toepassen van het abonnementshonorarium.¹³⁸ Omdat door de val van het kabinet Kuyper de ziekwetgeving voorlopig niet meer aan de orde kwam, werd op de afdelingsvergadering van 27 oktober de lijst van erkende ziekenfondsen vastgesteld. 12 ziekenfondsen kregen hun erkenning: Hulp bij Ziekte, Societeit Voorzorg, de Vereniging Broederhulp, Wijkbelang, Ziekenzorg, het ziekenfonds "Eendracht maakt Macht" te Maartensdijk, de Onderlinge Mannen-, Zieken- en Begrafeniskas te Westbroek en Achttienhoven, het Ziekenfonds voor den arbeidenden stand te Zeist, het Biltsche Ziekenfonds, een fabrieksfonds in Vreeswijk, het Homaeopathisch ziekenfonds te Utrecht en het doktersfonds van Van Lier.

De leden van de afdeling mochten dus uitsluitend voor deze fondsen werken. De artsen, die geen lid waren van de Maatschappij waren hierbij een probleem. De Afdelingsraad besloot onder de niet-aangeslotenen te gaan lobbyen. Een lid was van mening dat de afdeling als vakvereniging deze niet-solidaire collegae het leven zuur moest maken, maar dat vonden de meesten te kras. Sommige artsen waren om persoonlijke redenen geen lid van de NMG.

Ziekenzorg stond op de lijst, omdat het bestuur van het ziekenfonds in 1905 zijn structuur had aangepast. In de statuten van 1899 was de samenstelling van het bestuur niet vastgelegd. Dit bleek in de praktijk niet te werken. Een commissie, bestaande uit twee leden van het bestuur, een arts, een apotheker, de administrateur en een bode, was van mening dat in een coöperatief fonds als Ziekenzorg behalve de vertegenwoordigers van de leden ook een arts, een apotheker en een lid van het personeel in het bestuur moesten zitten. Dit voorstel bleek in de Algemene Vergadering van 29 november 1905 geen punt van discussie en de statuten werden aangepast.¹³⁹ De afdeling kon toen op grond van haar eigen reglement tegen Ziekenzorg geen bezwaar meer maken. Iedere Utrechtse arts kon zich zonder bezwaren met Ziekenzorg verbinden.

De Vereeniging moest het fonds ook erkennen. Na overleg met de afdelingsraad had zij het voorstel aangenomen, dat haar lidmaatschap werd opengesteld voor alle artsen en apothekers die zich niet aan een exploitatiefonds verbonden. Aan dit voorstel werd een amendement toegevoegd ter erkenning dat Ziekenzorg geen exploitatiefonds was. Op deze manier hoopte de Vereeniging toch enige invloed bij Ziekenzorg te krijgen.¹⁴⁰

De afdeling stelde op 25 januari 1907 het tweede deel van de lijst vast. Liduina en het doktersfonds van dr. Melchior uit De Bildt kregen hun erkenning. De afdelingsraad wilde zich niet bemoeien met de ziekenfondsen van de spoorwegen, omdat zij hun werkgebied over het hele land hadden. Het ziekenfonds van De Liefde kreeg geen predikaat. De afdeling had door haar voorwaarden voor erkenning van de ziekenfondsen de eerste formele regelgeving voor het ziekenfondswezen in haar werkgebied vastgesteld. Op landelijk niveau was daar door het mislukken van de pogingen voor de realisatie van de ziekwetgeving nog geen sprake van en de NMG had ook nog geen landelijke regeling voor het ziekenfondswezen getroffen.

De erkenningsvoorwaarden waren nog summier. Zij betroffen de invloed van de artsen en de apothekers op het bestuur van de fondsen en trachtten winstgevendheid als commercieel element te voorkomen. De belangen van de verzekerden kwamen niet aan de orde, evenmin als de verhouding van de artsen en apothekers tegenover andere medische beroepsgroepen als tandartsen, specialisten en paramedici. Er werden ook geen richtlijnen gegeven voor de kwaliteit van de administratie of het financieel beheer. Over de verzekering van de ziekenhuisverpleging werd niet gesproken.

Dit was ook eigenlijk nog niet te verwachten. De afdeling kon alleen maatregelen treffen door haar leden voor te schrijven of te adviseren aan welke fondsen men zich als medewerker kon verbinden. Het was in ieder geval een begin en maakte het voor de fondsen en de artsen mogelijk om te komen tot

een geregeld overleg voor het sluiten van medewerkersovereenkomsten met bemiddeling van de afdelingsraad.

De artsen en apothekers van de Voorzorg hadden in 1897 zelf het initiatief genomen om hun belangen te behartigen. Dit was een lokale actie, gericht op een ziekenfonds. De beroepsgroepen waren nog niet in staat collectief te reageren, want hoewel er door de afdeling overleg mogelijk was, stonden de artsen en apothekers van Hulp bij Ziekte als een rivaliserende groep tegenover hun collegae van de Vereeniging. De afdeling Utrecht reageerde daar pas na 1902 op, toen de NMG als vereniging actiever werd en er een discussie op gang kwam over de manier waarop de Maatschappij zich sociaal moest opstellen. Toch had de afdeling zich al eerder als belangenvereniging maatschappelijk betrokken getoond bij de regeling van de armenzorg en vroegere discussies over het nut van ziekenfondsen. Dit waren acties, gevoerd door hoogleraren en hygiënisten als Snellen, Donders, Mulder, de stadschirurg Lamie en de leden, die zelf als armendokter werkten. De hoogleraren toonden hun betrokkenheid nog meer door de oprichting van de Kliniek, waarbij deze ook een onderwijskundige functie had, omdat de Universiteit onvoldoende mogelijkheden bood voor geneeskundig specialistisch onderwijs. De apothekers waren niet bij deze gebeurtenissen betrokken.

De Vereeniging bestond niet uit hoogleraren, maar uit de huisartsen en de apothekers van de Voorzorg. Zij handelden uit eigenbelang. Deze min of meer wilde ontwikkeling werd na 1902 als collectieve actie overgenomen door de afdeling, waardoor de rivaliteit tussen de medewerkers van de concurrerende ziekenfondsen Hulp bij Ziekte en de Voorzorg op de achtergrond raakte. De meeste artsen en apothekers van de Voorzorg sloten na 1902 ook overeenkomsten met het groeiende Hulp bij Ziekte. De spanning tussen de artsen verdween verder doordat de afdeling Ziekenzorg erkende.

De ziekenfondsen waren eigenlijk alleen als onderwerp bij deze ontwikkeling betrokken. Liduina speelde geen rol. De Voorzorg en Hulp bij Ziekte waren als fondsen geen onderhandelingspartner, maar eigenlijk eigendom van de artsen en apothekers zelf. Ziekenzorg werkte als katalysator, doordat het fonds met de behartiging van de belangen van de medewerkers instemde. De Vereeniging kon in 1905 niet anders meer dan met de erkenning door de afdeling instemmen. In het verslag van de werkzaamheden over 1907 van de afdeling Utrecht werd aan het hoofdbestuur van de NMG triomfantelijk gemeld: *Nog altijd is de ziekenfondskwestie in de afdeling zonder het nemen van een bindend besluit geregeld kunnen worden.* De afdeling was wel bereid zich te houden aan eventuele corrigerende uitspraken van het hoofdbestuur. Dat stemde juist volledig in met de Utrechtse regeling.¹⁴¹

De artsen waren in 1907 als leveranciers van zorg collectief sterk en betrokken genoeg om de ontwikkelingen in de markt te gaan bepalen. Het NMG-rapport van de commissie-Schreve werd tijdens de vergaderingen van de afdeling wel behandeld, maar de aanbevelingen voor de verbetering van de ziekenfondsen kregen geen instemming. Men vond de eigen regelingen afdoende.¹⁴²

De consument speelde als belangengroepering geen rol. Alleen Ziekenzorg zou dit doen, maar dat was veel later.

De ziekenfondsstrijd te Westbroek en Achttienhoven

De nieuwe verhoudingen tussen de ziekenfondsen en de medewerkers in het werkgebied van de afdeling kunnen treffend worden geïllustreerd door de uitkomst van de ziekenfondsstrijd te Westbroek en Achttienhoven. Westbroek en Achttienhoven zijn twee rustige dorpjes, gelegen in de polders in de buurt van Maartensdijk.

In 1908 riep de dorpsdokter van Westbroek, de heer K.A.O. Welffer, de hulp in van de afdelingsraad in een geschil tussen hem en het bestuur van de Onderlinge Mannen Zieken- en Begrafenis-kas te Westbroek en Achttienhoven. De kwestie betrof de betaling van achterstallig honorarium. De kas van het fonds was leeg.¹⁴³ De afdelingsraad stelde zich op de hoogte van *den ingewikkelden en slecht geregelde toestand van het ziekenfondswezen in deze dorpen* en wilde collega Helffer advies geven. De kwestie werd echter ingewikkelder.

De Onderlinge Mannenkas had in Westbroek een concurrent, het ziekenfonds Helpt Elkander. Dit fonds was niet door de afdelingsraad erkend. Welffer was als dorpsarts van Westbroek ook medewerker van Helpt Elkander. Een van de notabelen uit het bestuur van Helpt Elkander had een neef, die juist als dokter was afgestudeerd, maar nog geen praktijk kon vinden. Het bestuur van Helpt Elkander installeerde de neef als concurrent om voor Welffer de praktijk in de dorpen onmogelijk te maken. De neef was geen lid van de NMG.

De afdelingsraad riep in een medisch tijdschrift op tot een collegiale boycot van de nieuwbakken dorpsarts, met de bedoeling dat deze nergens anders meer een praktijk zou kunnen beginnen. De raad steunde Welffer verder door te verklaren een rechtsgeding tegen de fondsen te beginnen. De man had

inmiddels bedankt voor de Onderlinge Mannenkas, maar bleef wel in Westbroek praktijk houden. De Kas werd van de afdelingslijst gehaald.

In 1909 was de toestand in de dorpen nog steeds niet normaal. De afdeling correspondeerde met het hoofdbetuur van de NMG om te proberen een oplossing te vinden voor het conflict met *het bestuur van de Onderlingen Mannenbus en de oppositie van de boeren van het Ziekenfonds 'Helpt Elkander'*.¹⁴⁴ Het hoofdbestuur verzocht toen Burgemeester en Wethouders van Westbroek te bemiddelen, en met succes. De neef moest zijn praktijk opgeven en Welffer kon zijn werk voor de twee fondsen hervatten. De administratie van de fondsen werd verbeterd en de besturen werden gereorganiseerd.

De kwestie Westbroek en Achttienhoven was de eerste keer dat de afdelingsraad zich met ziekenfonsaangelegenheden bemoeide en met succes. Zij behartigde zowel de belangen van een medewerker en had invloed op de verbetering van het beheer van de ziekenfondsen, ook al was het een kleinschalig conflict.

1.12 Conclusies

Ziekenfondsen, artsen en apothekers in Midden-Nederland tot 1908

De ontwikkeling van de ziekenfondsverzekering voor de minvermogende in de regio Midden-Nederland werd tot 1908 bepaald door plaatselijke factoren. De verzekering verschilde zelfs per gemeente.

De gemeentelijke overheden bemoeiden zich niet of nauwelijks met de ziekenfondsen. Zij voorzagen wel in de geneeskundige armenzorg. In Utrecht was, mede door gemeenschappelijke druk van de artsen, de geneeskundige armenzorg zodanig gereorganiseerd, dat iedere onvermogende via de gemeente verzekerd was van een redelijk pakket medische voorzieningen. Het gemeentebestuur bemoeide zich niet met de ziekenfondsen. De zorgverzekering van de minvermogende werd volledig overgelaten aan de vrije markt.

In Amersfoort beconcurrerden twee fondsen elkaar. Het oudste had een filantropische achtergrond en beperkte vrije artsenkeuze. Dit fonds werd beheerd door een bestuur, waar de medewerkers een beperkte invloed en de verzekerden helemaal geen invloed hadden. Het concurrerende fonds werd bestuurd door de medewerkers en de verzekerden. Amersfoort behoorde niet tot het werkgebied van de afdeling Utrecht. De Amersfoortse artsen vormden twee maal een eigen NMG-afdeling en behoorden een tijd tot de afdeling Gooi- en Eemland.

In Zeist bestond in 1908 een door de medewerkers in samenwerking met de plaatselijke notabelen beheerd fonds, dat voorzag in de financiering van de geneeskundige zorg voor de gehele minvermogende bevolking. De instelling was in 1856 gesticht om te voorzien in aanvullende medicinale zorg, maar werd al snel gebruikt voor de financiering van de geneeskundige armenzorg. Er was vrije artsenkeuze en de medewerkers kregen een abonnementshonorarium.

De ziekenfondsverzekering in de stad Utrecht werd beheerst door de aanwezigheid van de medische faculteit van de Rijksuniversiteit, de verzuiling, de commercie, de collectivisering van de medewerkers en de opkomst van de plaatselijke vakbonden. Deze richtten na 1890 eigen onderling beheerde fondsen op.

Liduina en Wijkbelang waren de verzuilde fondsen en Ziekenzorg was het onderling beheerde arbeidersfonds zonder confessionele achtergrond. De Voorzorg en Hulp bij Ziekte waren oorspronkelijk commerciële of exploitatiefondsen. Deze werden overgenomen door de medewerkers, artsen en apothekers gezamenlijk. De Voorzorg veranderde van karakter door acties van de medewerkers, verenigd in een eigen belangenorganisatie. Hulp bij Ziekte werd om niet door de eigenaar, een grote verzekeringsmaatschappij, aan de medewerkers overgedragen.

De kwaliteit van de Utrechtse commerciële fondsen was niet zo slecht als het beeld dat de NMG in het algemeen van deze fondsen had. Van financieel wanbeheer bij de commerciële fondsen bleek niets. De fondsen voldeden aan hun verplichtingen met betrekking tot de verzekering van het gegarandeerde verstrekkingenpakket en de uitkeringen van ziekengeld. De actie van de artsen en apothekers, die in 1897 met hun belangenvereniging het grootste commerciële fonds de Voorzorg overnamen, was gericht op invloed op het beheer van dit fonds, invoering van de vrije artsen- en apothekerskeuze en verbetering van hun honoraria. Dit initiatief werd niet gesteund door de NMG en er was geen samenwerking met de collega's van het andere medewerkersfonds Hulp bij Ziekte.

De onderlinge eenheid bij de artsen en apothekers was in 1897 nog ver te zoeken. Zij keken niet verder dan hun eigen fonds. Hun houding was nogal opportunistisch. Samenwerking was in het begin niet mogelijk. Ze beschuldigden elkaar zelfs over en weer van het beheren van exploitatiefondsen. Ieder bleek bereid te werken voor Liduina, dat betaalde volgens het verrichtingsstelsel. De honoraria bij de Voorzorg en Hulp bij Ziekte werden uit principe uitgekeerd per abonnement.

De onderlinge rivaliteit tussen de medewerkers verdween door een aantal factoren. De NMG toonde sinds 1902 een steeds groter wordende maatschappelijke betrokkenheid, die ook zijn weerslag had op de leden van de Utrechtse NMG-afdeling. De relatie artsen-ziekenfondsen bestond sindsdien uit drie delen: het ziekenfondsbeleid van de afdeling, de belangenorganisatie de Vereniging met de Voorzorg en de arbeidsverhouding van de individuele artsen ten opzichte van de ziekenfondsen.

De artsen en apothekers werden door de komst van Ziekenzorg als onderling arbeidersfonds en het bedrijfsfonds de Liefde tot samenwerking gedwongen. Nieuwkomers op de markt bleken ondanks dreigementen van hun aanstaande collegae wel voor deze fondsen te willen werken. De Utrechtse arbeider koos meestal niet uit ideologische overwegingen voor Ziekenzorg, maar omdat de premie er iets lager lag. Door de aard van Ziekenzorg en de steun van de vakbonden begon hij voor de markt als collectief een machtsfactor te vormen en was daardoor van invloed op het handelen van de zorgaanbieders.

Er waren in Utrecht geen conflicten tussen specialiserende en algemene artsen over de ziekenfondsen. De Kliniek voorzag in de belangrijkste gratis specialistische hulp voor on- en minvermogenden. De algemeene artsen waren er na 1885 aan gewend geraakt hun patiënten voor specialistische hulp door te verwijzen naar de Kliniek.

De Utrechtse artsen en apothekers probeerden sinds 1904 als een hechte groep op te treden. Zij deden dit op twee manieren: door de beheersing van twee van de belangrijkste fondsen en door zich bij ziekenfondskwesties officieel te laten vertegenwoordigen door de Commissie van Beroepsbelangen, later de afdelingsraad, onder de paraplu van de NMG. Het belangrijkste instrument was hierbij de lijst van erkende ziekenfondsen. Deze werd ingesteld, nadat de landelijke politiek met de regeling van de ziekteverzekering in 1905 versterk had laten gaan.

De lijst was een door de afdeling Utrecht ontwikkeld instrument, dat met de bij deze erkenning gehanteerde criteria in 1908 en 1909 functioneel genoeg bleek om tot de onderhandelingen over de eerste collectieve Utrechtse ziekenfondsovereenkomst in 1916 rust te brengen op de ziekenfondsmarkt. Hoewel de rivaliteit tussen de fondsen bleef en hun werkwijze niet veranderde, deden zich tussen de fondsen en de medewerkers als groepen tot 1916 geen conflicten voor. De relatie artsen-ziekenfondsen was harmonisch.

In 1908 was in de regio Midden-Nederland in het ziekenfondsbestel een evenwicht ontstaan, doordat de artsen en de apothekers hun belangen en principes op een pragmatische manier behartigden en verdedigden. Voor hen was deze situatie zo bevredigend, dat zij de adviezen en opmerkingen uit het rapport-Schreve nuttig, maar voor de verzekering van hun minvermogende patiënten niet noodzakelijk achtten. De mening van de verzekerde zelf deed voor hen nog niet zo ter zake. Alleen in het NAZ waren twee verzekerden in het bestuur actief.

Toch zou dit veranderen, niet alleen door Ziekenzorg, maar ook door de opvattingen bij de Maatschappij over de rol van de verzekerde bij het bestuur en de inrichting van de ziekenfondsen. De landelijke politiek had nog geen antwoord op de ziekenfondskwestie, waardoor de NMG zich gedwongen zag haar eigen maatregelen te nemen. Deze zouden ook van invloed zijn op de ontwikkeling van de zorgverzekering in Midden-Nederland.

-
1. R. Mulder, *De gemeente Zeist. Een economische en sociaal-geografische studie* (Rotterdam 1943) 4.
 2. G. Hoogendoorn, *Zeist. Een milieu-geografische studie* (Amsterdam 1978) 71-78.
 3. Gemeentearchief Zeist, GAZ, inventaris van het archief van de Armencommissie 1850-1936, inv.no. 2a, notulen van de vergaderingen van 23 december 1850-1919.
 4. GAZ, Armencommissie, inv.no. 2a, vergadering van 6 november 1856.
 5. Maatschappij tot Nut van het Algemeen, *De ziekenfondsen in Nederland* (z.p. 1895) 121. Rapport, 251.
 6. Rapport, 251.
 7. GAZ, Verslag van de gemeente Zeist over het jaar 1889.
 8. OA ANOVA-Verzekeringen, archief van het Zeister Ziekenfonds, afgekort als Zeister Ziekenfonds, inv.no. 3, reglementen en huishoudelijk reglementen van het Zeister Ziekenfonds uit de jaren 1889 (type-script), 1918 en 1932, reglement voor het Ziekenfonds te Zeist, 1889.
 - GAZ, Verslag van de gemeente Zeist over het jaar 1891.
 9. Rapport, 251.
 10. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 2, potpourri van herinneringsliedjes ter gelegenheid het 60-jarig bestaan van het Algemeen Zeister Ziekenfonds, 1888-1948.
 11. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 4, register met notulen van Bestuurs-, Algemene en Buitengewone vergaderingen uit de periode 1909-1924, een lijst van bijzondere geneesmiddelen, een bodereglement en jaarverslagen over de periode 1918 tot en met 1924.
 - Idem, inv.no. 18, kasboek over de periode 1898-1907, post bodeloon.
 12. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 4, vergadering van 5 maart 1910.
 13. Rapport, 252.
 14. Gemeentearchief Amersfoort, GAA, Archief van het Departement van het Nut van 't Algemeen, inv.no. 9, verslagen van het Amersfoortsch Ziekenfonds, verslag over 1862.
 15. De verdeelsleutel was:
 - de reservekas 3/20;
 - heekundigen 5/20;
 - apothekers 6/20;
 - geneesheren 7/20.
 16. GAA, Archief van het Departement van het Nut van 't Algemeen, inv.no. 9, verslagen over 1875 en 1883.
 17. OA ANOVA-Verzekeringen, Archief van het ziekenfonds Amersfoort en Omstreken, afgekort als Amersfoort en Omstreken, inv.no. 352, correspondentie, gevoerd door enkele Amersfoortse artsen en het bestuur van het Amersfoorts Ziekenfonds over vergroting van de invloed van doktoren op het bestuur, 1898.
 18. F.J. Herman, *Geschiedenis van het Ziekenfondswezen in Amersfoort* (z.p. z.j)
 19. P.D. 't Hart, *Utrecht en de cholera, 1832-1910* (Zutphen 1990) 66.
 20. Hier werkten soms 100 man, afhankelijk van het seizoen.
 - I.J. Brugmans, *Paardenkracht en mensenmacht*, 70.
 21. D. Pas, 'Beknopt overzicht van de ambachts- en fabrieksnijverheid in Nederland over 1869', *Tijdschrift van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering van de Nijverheid* 33 (1970) 299-345.
 22. P.D. 't Hart, *Utrecht en de cholera, 1832-1910*, 72.
 23. D. Bosschaert, *De stad Utrecht als medisch ontwikkelingsgebied* (Rotterdam 1969) 89.
 24. D. Bosschaert, *De stad Utrecht als medisch ontwikkelingsgebied*, 76.
 25. D. Bosschaert, idem, 78.
 26. Idem, 302.
 27. Idem, 267.
 28. Idem, 92.
 29. Lodewijk Lamie was sinds 8 maart 1836 stadheelmeeester van Utrecht. Hij was een van de initiatiefnemers tot de oprichting van de Utrechtse afdeling van de NMG in 1849, de Geneeskundige Kring, en spande zich in voor de geneeskundige armverzorging.
 30. Gerrit Jan Mulder, sinds 1840 hoogleraar scheikunde aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Voorstander van de natuur-wetenschappelijke behandeling van de geneeskunde. Hij legde de nadruk op waarneming en inductie en het toetsen van hypothesen. Voor hem was er verband tussen wetenschap en volksgeluk. Hij had veel invloed op hygiënisten als F.C. Donders, Cornelis Willem Opzoomer en T. Dentz .

-
31. F.C. Donders was in 1842 docent anatomie en fysiologie aan de Rijks Kweekschool voor Militaire Geneeskundigen te Utrecht en van 1847-1888 hoogleraar aan de Unversiteit. Bekend hygiënist.
32. H. Snellen, hoogleraar oogheelkunde te Utrecht en directeur van het Nederlandsch Gasthuis voor behoeftige en minvermogende ooglijders. Hij was de eerste directeur en medestichter van de Kliniek in 1865.
33. D. Bosschaert, *De stad Utrecht als medisch ontwikkelingsgebied*, 95.
- ³⁴. De tekorten bij de Hervormde diakonie waren gedeeltelijk te danken aan financieel mismanagement.
- D. Bosschaert, idem, 118.
- ³⁵. Idem, 171.
- ³⁶. Idem, 172.
- ³⁷. Idem, 163.
- ³⁸. Idem, 160-161.
- ³⁹. Gemeentearchief Utrecht, Archief van de Commissie van Geneeskundig Toezicht, ingekomen stukken 693, brief aan B & W, 30 maart 1850.
- ⁴⁰. D. Bosschaert, *De stad Utrecht als medisch ontwikkelingsgebied*, 166.
- ⁴¹. D. Bosschaert, idem, 193.
- ⁴². Idem, 206.
- ⁴³. Idem, 207.
44. Idem, 58.
45. G.J. Loncq, hoogleraar interne geneeskunde.
46. L.C. Goudoever, sinds 1849 hoogleraar obstetrie en chirurgie. Hij voerde de chloroformnarcose in.
47. D. Bosschaert, *De stad Utrecht als medisch ontwikkelingsgebied*, 59.
48. M. Imans, sinds 1861 assistent van Loncq.
49. D. Bosschaert, *De stad Utrecht als medisch ontwikkelingsgebied*, 64.
50. D. Bosschaert, idem, 218.
51. Idem, 315-316.
52. K.A. Rombach, *Honderd jaren Utrechtse Geneeskundige Kring* (z.p. z.j.) 4.
53. Afdeling Utrecht, inv.no. 43, wetten en reglementen voor de afdeling, 1849-1933, reglement van 1849.
54. K.A. Rombach, *Honderd jaren Utrechtse Geneeskundige Kring*, 26.
55. Afdeling Utrecht, inv.no. 1, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1849-1859.
56. Afdeling Utrecht, idem, vergadering van juni 1849.
57. Idem, vergadering van 8 november 1856.
58. Idem, vergadering van 10 december 1853.
59. Afdeling Utrecht, inv.no. 20, ingekomen- en uitgegane stukken, 1849-1909, brief van het departement Utrecht van de KNMP over een Utrechts apotheker die op abonnement medicijnen verstrekt, december 1860.
60. Afdeling Utrecht, idem, brief van het departement Utrecht, februari 1879.
61. Afdeling Utrecht, inv.no. 76, rapporten en adviezen, uitgebracht door de verschillende commissies van de afdeling, 1850-1935, rapportage voor een medische gedragslijn.
62. Afdeling Utrecht, inv.no. 2, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1860-1879, notulen van de vergadering van 18 november 1870.
63. Idem, inv.no. 2, vergadering van 25 november 1870.
64. Idem, vergadering van 8 december 1870.
65. Afdeling Utrecht, inv.no. 76, rapport over de wenselijkheid van een algemeen ziekenfonds, 1850. Idem, inv.no. 1, vergadering van 9 december 1850.
66. Afdeling Utrecht, inv.no. 2, vergadering van 7 december 1876.
67. Afdeling Utrecht, idem, vergadering van 29 maart 1878.
68. Idem, vergadering van 12 april 1878.
69. Afdeling Utrecht, inv.no. 3, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1880-1890, vergadering van 25 september 1885.
- ⁷⁰. VHZ, inv.no. 1062, approbatie voor de oprichting van de Sociëteit Voorzorg, met bijlagen. 1827.
- ⁷¹. VHZ, inv.no. 2, brief van de stadssecretaris aan de directeurs van Voorzorg, 20 juni 1828.
- ⁷². VHZ, inv.no. 61, reglement, 1833.
- ⁷³. VHZ, inv.no. 1, kasboek en ledenregister, 1840-1869.
- ⁷⁴. VHZ, z.i., Reglement van de sociëteit Voorzorg, 1 april 1887.
- ⁷⁵. OA ANOVA-Verzekeringen, Archief van de Vereeniging van Doktoren en Apothekers te Utrecht, afgekort als Vereeniging, inv.no. 5, notulen van de oprichtingsbijeenkomst van de Vereeniging in café Fisslthaler van 17 juli 1897.
- ⁷⁶. VHZ, inv.no. 1.

-
- ⁷⁷. J.B.J. Bollerman en J.N.J. Broenink, *Het begrafenisfonds "Let op Uw Einde" 1847-1893*, 15.
- ⁷⁸. J.L.J.M. van Gerwen en N.H.W. Verbeek, *Voorzorg & de Vruchten*, 55.
- ⁷⁹. Mondelinge informatie van de heer Van de Wijngaard, voormalig bode van Let op Uw Einde, opgetekend door A.A. Snooy in 1932.
- VHZ, z.i., aantekeningen van A.A. Snooy voor een rede voor het 150-jarig jubileum van VHZ.
- ⁸⁰. J.B.J. Bollerman en J.N.J. Broenink, *Het begrafenisfonds "Let op Uw Einde" 1847-1893*, 15.
- ⁸¹. Centraal Archief Amev, notulen van de gecombineerde vergadering van de directie en commissarissen van Let op Uw Einde, 1894.
- ⁸². VHZ, z.i., reglement van het ziekenfonds onder de Zinspreuk "Hulp bij Ziekte", 1894.
- ⁸³. VHZ, inv.no. 43, notulen van de Algemene Vergaderingen van het Ziekenfonds Hulp bij Ziekte, 1898-1902, notulen van de vergadering van 8 januari 1901.
- ⁸⁴. Rapport, 243.
- ⁸⁵. VHZ, inv.no. 43, notulen van de vergadering van 24 december 1894.
- ⁸⁶. OA ANOVA-Verzekeringen, Archief van het ziekenfonds Liduina, afgekort als Liduina, z.i., reglement van het Ziekenfonds onder bescherming van de H. Leduina, z.j.
- ⁸⁷. Liduina, inv.no. 1, register, houdende notulen van de Algemene Ledenvergaderingen, 1894-1908, vergadering van 4 november 1894.
- ⁸⁸. Liduina, z.i., reglement van het Ziekenfonds onder bescherming van de H. Leduina.
- ⁸⁹. Liduina, inv.no. 1, buitengewone vergadering van 9 januari 1898.
- ⁹⁰. Idem, vergadering van 5 november 1894.
- ⁹¹. Das was ook verbonden aan Hulp bij Ziekte en Voorzorg.
- ⁹². Liduina, inv.no.1, vergadering van 9 januari 1898.
- ⁹³. Liduina, idem, vergadering van 2 april 1895.
- ⁹⁴. Idem.
- ⁹⁵. Idem, buitengewone vergadering van 19 april 1896.
- ⁹⁶. Idem, vergaderingen van 19 april 1897 en 23 mei 1897.
- ⁹⁷. Idem, algemene vergadering van 1904.
- ⁹⁸. Idem, vergadering van 9 januari 1898.
- ⁹⁹. Afdeling Utrecht, inv.no. 5, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1898-1908, vergadering van 26 mei 1905.
- ¹⁰⁰. Rapport, 271.
101. Vereeniging, inv.no. 5, notulen van de oprichtingsbijeenkomst van de Vereeniging van 17 juli 1897.
102. J.A. Vrijheid was sinds 1 juli 1885 geneeskundige bij de Utrechtse gemeentepolitie.
103. Vereeniging, inv.no. 1, conceptreglement voor de Vereeniging voor Doctoren en Apothekers te Utrecht, 1897.
104. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 168.
105. H.Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 236.
106. Vereeniging, inv.no. 11, ingekomen en uitgaande correspondentie, brief van de directeuren van Voorzorg aan de Vereeniging, 22 juli 1897.
107. Vereeniging, idem, brief van Philippi aan Van der Kaaij, 28 juli 1897.
108. Vereeniging, inv.no. 7, notulen van de vergaderingen van de Vereeniging van Doctoren en Apothekers, 1897-1898, vergadering van 28 juli 1897.
109. Vereeniging, idem, vergadering van 10 augustus 1897.
110. Idem, vergadering van 28 augustus 1897.
111. Idem, vergadering van 17 juli 1897.
112. Idem, vergadering van 25 september 1897.
113. Vereeniging, inv.no. 11, brief van dr. J.W. de Koff als voorzitter van Hulp bij Ziekte aan de leden van de Vereeniging, 30 september 1897.
114. Vereeniging, inv.no. 7, vergadering van 20 november 1897.
115. Vereeniging, idem, vergadering van 20 februari 1898.
116. Vereeniging, inv.no. 6, voorstellen voor wijzigingen en aanpassingen van het reglement van de Vereeniging, 1897-1909, rapport van de Commissie Bunnik, 28 november 1899.
117. Vereeniging, inv.no. 8, notulen van de ledenvergaderingen van de Vereeniging, 1899-1913, vergadering van 9 december 1900.
118. Vereeniging, idem, vergadering van 31 augustus 1900.
119. Afdeling Utrecht, inv.no. 4, vergadering van 24 september 1897.
120. Afdeling Utrecht, inv.no. 5, vergadering van 29 april 1898.

-
121. Afdeling Utrecht, idem, vergadering van 24 juni 1898.
 122. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 11.
 - ¹²³. K.P. Companje, idem, 12.
 124. Vereeniging, inv.no. 8, vergadering van 18 februari 1899.
 125. Vereeniging, inv.no. 11, brief van het bestuur van de Ziekenzorg aan het bestuur van de Vereeniging, 15 oktober 1901.
 126. Idem.
 127. OA ANOVA-Verzekeringen, archief van het ziekenfonds Ziekenzorg, afgekort Ziekenzorg, inv.no. 61, register, houdende notulen van de Algemene Ledenvergaderingen uit de periode van 10 juli 1899 tot en met 18 april 1904, vergadering van 8 augustus 1899.
 128. Vereeniging, inv.no. 8, vergadering van 2 oktober 1899.
 129. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 16.
 130. Afdeling Utrecht, inv.no. 5, vergadering van 19 september 1902.
 131. Afdeling Utrecht, idem, vergadering van 28 november 1902.
 132. Vereeniging, inv.no. 8, vergadering van 31 januari 1903.
 133. Afdeling Utrecht, inv.no. 43, wetten en reglementen voor de afdeling, 1849-1933, reglement van 1904.
 134. Afdeling Utrecht, inv.no. 5, vergadering van 28 april 1908.
 135. Afdeling Utrecht, idem, vergadering van 24 april 1904.
 136. Idem.
 137. Afdeling Utrecht, inv.no. 82, verslagen van de commissie voor beroepsbelangen, 1904-1908, en van de afdelingsraad, 1905-1938, verslag van de werkzaamheden over 1904.
 138. Afdeling Utrecht, inv.no. 5, vergadering van 26 mei 1905.
 139. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 15.
 140. Vereeniging, inv.no. 8, vergadering van 11 oktober 1907.
 141. Afdeling Utrecht, inv.no. 5, vergadering van 26 april 1907.
 142. Afdeling Utrecht, idem, vergadering van 19 juni 1908.
 143. Afdeling Utrecht, inv.no. 82, verslag van de werkzaamheden van de afdelingsraad over 1908.
 144. Afdeling Utrecht, idem, verslag van de werkzaamheden van de afdelingsraad over 1909.

Deel II: De partijen; overleg en polarisatie

Het landelijk niveau

2.1 Achtergrond: de ontwikkeling van de Nederlandse samenleving, 1900-1940

Bloei, oorlog en economische bedrijvigheid

De structurele wijzigingen van de Nederlandse economie in de negentiende eeuw hadden tot gevolg dat de schommelingen in de conjunctuur steeds groter werden. Bloeiperiodes en crises werden steeds intensiever en hadden ieder hun invloed op de welvaart van de bevolking en de reacties van de politiek. De wereldhandel kreeg een steeds grotere invloed op de open Nederlandse economie, waardoor de effecten van hoogconjunctuur en crisis op de Nederlandse samenleving sterker werden. Het Nederlandse bedrijfsleven profiteerde van de bloei van de wereldhandel en van de relatie met Indië. De industrialisatie brak definitief door in de periode 1895-1919 en de economische groeimogelijkheden namen toe.¹

De handel- en dienstensector bleef het belangrijkste deel van de economie. Door het verbeterd economisch klimaat ontstond een belangrijke vergroting en een verregaande differentiatie van het winkelbedrijf. De inkomenspositie van de arbeider verbeterde na 1895. Het inkomensdeel dat nodig was voor de verwerving van de primaire levensbehoeften nam af van 75% naar 50%.² Dit betekende voor de middenstand mogelijkheden voor afzetvergroting en tot specialisatie. Een groter deel van de Nederlandse bevolking kon wat luxere dingen kopen.

De omstandigheden tijdens de Eerste Wereldoorlog dwongen vertegenwoordigers van de overheid en het bedrijfsleven tot samenwerking in allerlei overleg- en uitvoeringsorganen.³ De maatschappij veranderde in een oorlogseconomie met als sociale gevolgen werkloosheid en armoede. De overheid was gedwongen tot het voeren van een actieve economische politiek met als belangrijkste werktuigen prijsbeheersing, distributie, belastingverhoging en inflatiebeheersing, maar zij probeerde haar leidinggevende taken zo veel mogelijk te delegeren aan door het bedrijfsleven opgerichte organisaties.⁴ Dit crisisbeheersingsapparaat werd na de oorlog zo snel mogelijk afgebroken met het herstel van het marktmechanisme en een beperking van de invloed van de overheid op het maatschappelijk leven als doel. De betrokkenheid van de overheid bij de economie nam na 1919 desondanks toe, vooral op de terreinen van wetenschap, onderwijs en infrastructuur.

Na de oorlog ontstond een internationale inhaalvraag, die tot 1920 duurde. De lonen werden na de oorlog verhoogd uit angst voor sociale onrust en ter compensatie van de gestegen kosten van het levensonderhoud. De omslag kwam in 1920, waarna de prijzen en de lonen daalden en de werkloosheid groeide.⁵ De werkgelegenheid herstelde zich weer na 1923 en vanaf 1925 stegen de lonen opnieuw.

De productiviteit van landbouw en industrie, de dienstensector en de handel nam toe ondanks de recessie na 1920 en de welvaart bleef groeien. Deze tendens werd doorbroken door het begin van de crisis in 1929 met haar werkloosheid, achteruitgang van de bedrijfsinvesteringen, het groeiende tekort op de overheidsbegroting en de op bezuinigingen gerichte economische politiek. De crisis bleef de Nederlandse samenleving beheersen tot de mobilisatie in 1939.

Politiek en maatschappij

De verzuiling bleef het belangrijkste kenmerk van de Nederlandse samenleving en breidde zich uit. De Eerste Wereldoorlog veranderde hier niets aan. Ze bleef overheersen in de politiek, op de straat en op de werkvloer en ze verdeelde de samenleving in vier groepen: een socialistische, een katholieke en een protestantse zuil. Daarnaast stonden de mensen die tot geen enkele groep behoorden.

De socialistische beweging werd niet alleen vertegenwoordigd door de SDAP, maar ook door de vakbonden als het Nederlandsch Verbond van Vakverenigingen, het NVV, opgericht in 1905. In de socialistische beweging groeide langzaam een werkverdeling, waarbij de SDAP de arbeidersbelangen in de volksvertegenwoordiging verdedigde en het NVV de economische acties en onderhandelingen met de werkgevers voerde. SDAP-wethouders en vakbondsbestuurders werden geaccepteerd in het economisch en politiek bestel en namen op hun beurt bestuurlijke verantwoordelijkheid in dit bestel. De SDAP integreerde in de volksvertegenwoordiging als een radicale hervormingsgezinde oppositiepartij, die op gemeentelijk niveau steeds meer bestuurlijke invloed kreeg. De sociaal-democratie had hiermee haar plaats gekregen in de Nederlandse

samenleving. Leden van deze samenleving mochten persoonlijk een hekel hebben aan rood, maar de samenwerking met links op maatschappelijk gebied werd steeds intensiever. Ook bij ziekenfondskwesties.

De confessionele vakbonden ontwikkelden zich als reactie op de groei van de sociaal-democratische vakbeweging. In de steden en in vrijzinnige gebieden op het platteland nam de ontkerkelijking na 1900 toe. Kerkelijke en kerkelijkgezinde autoriteiten en arbeiders probeerden alternatieven te bieden voor de socialistische vakbonden, onder meer door de oprichting van de confessioneel-gemengde vakbond Unitas.

De geestelijk adviseurs van de rooms-katholieke bonden stonden vijandig tegenover dit oecumenisch initiatief. P.J.M. Aalberse, de voorman van de rooms-katholieke diocesane werkliedenorganisaties, ging tegen Unitas in het offensief. Op zijn aandringen sprak het episcopaat zich in 1907 uit voor zuiver rooms-katholieke en diocesane bonden.⁶ Het lidmaatschap van Unitas werd beschouwd als een zonde. Unitas richtte als reactie op de katholieke acties in 1907-1908 met enkele protestants-christelijke bonden het Christelijk Nationaal Vakverbond, het CNV, als interconfessionele vakcentrale op.

De katholieken reageerden op hun beurt in 1908 met de stichting van het Bureau voor de R.K. Vakorganisatie. De gezamenlijke bisschoppen spraken zich hierbij formeel uit over de katholieke arbeidersorganisatie en de daarmee verbonden maatschappelijke organisaties. Deze moesten landelijk gaan werken en zuiver rooms-katholiek blijven. Deze uitgangspunten zouden ook gelden voor het rooms-katholieke ziekenfondswezen. In 1912 verboden de bisschop van 's-Hertogenbosch en de aartsbisschop aan rooms-katholieken om nog langer lid te zijn van Unitas en van het CNV, dat daardoor een protestants-christelijke organisatie werd. De katholieke bonden werden in 1925 verenigd in het Rooms-Katholieke Werklieden Verbond of RKWV, later de Katholieke Arbeidersbeweging, de KAB.

De groei van de katholieke vakbeweging werd gestimuleerd door de landelijke politieke ontwikkelingen. De politicus Schaepman was in de katholieke gelederen voorvechter van een grotere eenheid in een sociaal-bewuste en democratische richting. Zijn aanhangers Nolens en Aalberse formeerden volgens zijn ideeën in 1904 de Rooms-Katholieke Staatspartij, de RKSP. Deze partij groeide onder leiding van Nolens uit tot een machtsblok, dat de verhoudingen in de politiek domineerde en waardoor de antithese, de tegenstelling tussen links en rechts, christelijk en niet-christelijk, niet meer uit de politiek zou verdwijnen.⁷

Deze antithese wekte veel weerstand. De liberalen waren wars van confessionele politiek. De christelijk-historischen, afgescheiden van de Antirevolutionairen, verzetten zich principieel tegen de verdeling van Nederland in een christelijk en een niet-christelijk deel. De socialisten waren van mening, dat de confessionele partijen de christelijke arbeiders verhinderden hun plaats naast de socialistische arbeiders in te nemen. De antithese maakte het oplossen van problemen als de inrichting van de sociale wetgeving en het bezuinigen op de defensie-uitgaven moeilijk.

In 1913 werd door het kabinet Cort van der Linden een bevredigingscommissie ingesteld in een poging de problemen, veroorzaakt door de antithese, op te lossen. De voorstellen van deze commissie voor de instelling van algemeen kiesrecht en vervanging van het districtenstelsel door de het systeem van de evenredig gekozen volksvertegenwoordiging werden als de Pacificatie in 1917 met grote instemming door het parlement aangenomen.⁸ De eerste verkiezingen volgens het stelsel van de evenredige vertegenwoordiging werden gehouden op 3 juli 1918. Vrouwen kregen in 1922 actief kiesrecht. Dit kiesstelsel is sindsdien onaangetast gebleven.

Het nieuwe systeem had ingrijpende gevolgen voor de partijen en hun onderlinge krachtsverhoudingen. De kiezers konden hun stem uitbrengen op de kandidaat van hun voorkeur, meestal de lijsttrekker. De RKSP werd de grootste partij en zou dit blijven. De SDAP volgde als goede tweede. De protestants-christelijke partijen kregen gemiddeld evenveel stemmen als de SDAP. De liberalen trokken steeds minder kiezers. Katholieken en protestanten behielden de gehele periode na 1918 een meerderheid in de volksvertegenwoordiging, maar de slagvaardigheid van het parlement werd niet groter. Er waren veel langdurige kabinetcrises en extraparlamentaire kabinetten. De onderlinge verhoudingen tussen de partijen werden steeds ingewikkelder.

Met de Pacificatie van 1917 werd ook de schoolstrijd opgelost. Het openbaar en het bijzonder onderwijs werden gelijkgesteld doordat bijzondere scholen werden gefinancierd uit de algemene middelen. Dit betekende invoering van het principe *erkenning van gelijke rechten op basis van evenredigheid voor elke minderheid*.⁹ De verzuiling werd doorgevoerd naar alle sectoren van de Nederlandse maatschappij van de wieg tot het graf als gezondheidszorg, opvoeding, werklozensteun,

toekenning van radiozendentijd en woningbouw, zelfs tot in de keuze van de verzekeringsmaatschappij.

Katholieken, orthodox-protestanten en socialisten bestonden als scherp gescheiden minderheden naast elkaar, met ieder een uitgebreid netwerk van levensbeschouwelijke organisaties en de eigen politieke partij als schildwacht. De katholieken vertoonden de meest hechte eenheid, waarbij het episcopaat voor duidelijke richtlijnen zorgde en de lagere geestelijkheid controleerde of deze zuiver werden uitgevoerd. Katholieken sloten zich niet aan bij algemene organisaties. De protestantse en socialistische zuilen waren minder geïsoleerd. Met name de socialisten stuurden hun kinderen naar de openbare scholen en maakten meer gebruik van neutrale organisaties als leeszalen, speeltuinen en kruisverenigingen.¹⁰

*Verzuildheidsgraad in procenten bij het maatschappelijk werk, onderwijs en opvoeding, vrije jeugdvorming, pers, sport, zieken- en gezondheidszorg, cultuur en werknemersorganisaties. In overige zijn ook joodse organisaties en het Leger des Heils begrepen.*¹¹

	socialistisch en niet-verzuild	katholiek	protestant	overige
1914	56,8	13,7	25,1	4,4
1925	55,4	14,8	26,0	3,8
1932	52,9	17,3	26,1	3,7
1939	51,2	18,2	26,6	4,0

De verzuiling had gevolgen voor de sociale achtergrond van de leden van de Tweede Kamer. De confessionele en socialistische partijen brachten voor het eerst kandidaten naar voren die voor de belangen van hun eigen groepen opkwamen zoals boeren, middenstanders en vakbondsmannen. De periode tussen de wereldoorlogen was voor de volksvertegenwoordiging een overgang van een *vergadering van lokaal georiënteerde notabelen* naar die van een *vertegenwoordiging van de georganiseerde samenleving*.¹²

Niet dat deze overgang zo snel verliep. Binnen de confessionele zuilen leefde sterk de acceptatie van een standenhiërarchie als een door God gewilde maatschappelijke orde. Het publiek nam nauwelijks deel aan de politieke strijd, maar gaf blindelings het vertrouwen aan de politieke leiders.¹³ Dezen konden hierdoor, ondanks de scherpe levensbeschouwelijke tegenstellingen, in onderling overleg tot compromissen komen en het bestaande bestel stabiliseren en organiseren.¹⁴ Deze overlegcultuur beheerste tot aan de Tweede Wereldoorlog de hele maatschappelijke organisatie, zowel in de politiek als in de economie.

Inkomens, inkomensverschillen en sociale mobiliteit

De inkomenspositie van de meeste mensen verbeterde ondanks de werkloosheid van de Eerste Wereldoorlog en van de depressie van 1920-1923. De lonen daalden minder of stegen meer dan de prijzen¹⁵. Het reëel besteedbaar inkomen steeg van 1913 tot 1939 gemiddeld met 35,5%¹⁶. De werkloosheid daalde van 4,7% in 1922 tot 2,8% in 1929.¹⁷ Na 1930 werden de gevolgen van de crisis merkbaar en begon de koopkracht weer te dalen.

*De in de industrie betaalde loonsom met de koopkracht in de periode 1924-1932 (1925-1927 = 100)*¹⁸

Jaar	Loonsom	Koopkracht loonsom
1924	94	95
1925	97	94
1926	100	100
1927	104	106
1928	111	111

1929	117	118
1930	122	127
1931	112	130
1932	92	124

De posten van de jaarlijkse uitgaven van een gezin in Amsterdam met een inkomen in de groep f 1.800-f 2.400 werden van september 1918 tot december 1930 als volgt in procenten verdeeld:¹⁹

Uitgavenpatroon van een Amsterdams gezin, 1918-1930

	1918-1919	1923-1924	1930
Voeding	51	46,3	36,2
Kleding	19,3	9,8	15,2
Woning	17,1	24,4	25,8
Belasting	1,1	2,5	5,7
Overige	11,5	17,0	17,1

De groeiende post overige is de vrije bestedingsruimte voor ziekenfonds- en verzekeringspremie, schoolgeld, vakbondscontributie en misschien voor luxe-uitgaven als een fiets voor vader en zelfs voor de opbouw van een spaarsaldo. Een meer gevarieerd dieet, betere confectiekleding en uitgaven voor ontspanning werden mogelijk. De uitgaven voor de primaire levensbehoeften werden relatief steeds lager.

In de nieuwe industriële maatschappij werden inkomen en beroepsprestige voor de sociale status belangrijker dan afkomst. Volgens de aanslagen voor de rijksinkomstenbelasting kunnen de inkomens in de periode 1919-1929 als volgt in procenten worden verdeeld (NI = Nationaal Inkomen):²⁰

Inkomensverdeling in procenten van het Nationaal Inkomen, 1919-1929

Klasse	1919: aantal inkomens	1919: aandeel in NI	1929: aantal inkomens	1929: aandeel in NI
< 2.000	69	35	70	40
2.000-5.000	24	25	25	29
> 5.000	7	40	5	31

Het aandeel van de lagere inkomensgroepen in het nationaal inkomen was toegenomen, dat van de hogere inkomens nam af. Het aantal inkomens in de middengroepen was gelijk gebleven, maar het aandeel in het nationaal inkomen steeg licht met als gevolg een beperkte inkomensnivellering. De groep mensen met een gezinsinkomen beneden de belastingvrije voet nam snel af. Dit gebeurde niet alleen in de steden, maar ook op het platteland.²¹ Deze tendens veranderde weer tijdens de crisis na 1929.

De mogelijkheden voor sociale mobiliteit namen toe. Na 1900 groeiden de kansen om vooruit te komen voor werknemers in de secundaire en tertiaire sector door uitbreiding van het kantoorwerk en leidinggevende functies. De maatschappij werd gevoelig voor het idee dat iemand op grond van eigen inspanning en prestatie iets kon bereiken. Werknemers konden met betrekkelijk weinig formele opleiding op basis van talent en opgedane vaardigheden in grote organisaties promotie maken.²² De vrouwenemancipatie kwam op gang. Voor ongetrouwde vrouwen uit de middengroepen

ontstonden mogelijkheden tot de verwerving van economische zelfstandigheid als onderwijzeres en in beroepen in de gezondheidszorg en in de administratie.

In de grote steden was de sociale mobiliteit het grootst.²³ De nieuwe middenklasse van de witte boorden, ambtenaren en beambten, groeide. De klasse der onvermogenden werd kleiner, maar de groep der minvermogenden of de mensen met een inkomen in of beneden de laagste klasse van de Rijksinkomstenbelasting bleef de grootste groep in de samenleving.

Sociale zekerheid: een lappendeken met gaatjes

Bij ziekte, invaliditeit en werkloosheid kon de Nederlander voor 1940 een beroep doen op sociale wetten en regelingen, die soms weinig samenhang vertoonden.

Als iemand tot armoede verviel, moest hij of zij nog steeds een beroep doen op de bedeling volgens de Armenwet van 1854. Deze wet werd in 1912 vervangen. In deze nieuwe wet, afkomstig uit de koker van het Antirevolutionaire kabinet-Heemskerk, bleef de oude opzet van de armenzorg gehandhaafd. De kerk en de familie stonden daarbij centraal.

De problemen van de geneeskundige armenzorg hadden eigenlijk al voldoende aangetoond dat het particulier initiatief in de vorm van de kerkelijke armbesturen de lasten van de armen niet meer kon dragen. Toch bleef de regering van mening dat de gemeenschap pas in laatste instantie verantwoordelijk was voor ondersteuning van de armen. Staatsonthouding bleef het parool.

In de praktijk besliste het armbestuur of de lokale overheid over het verzoek om onderstand. Armenzorg werd nadrukkelijk als verantwoordelijkheid van de gemeente beschouwd, zowel voor de financiering als de uitvoering. Men moest aankloppen bij de gemeente van inwoning, waardoor de steden die door de industrialisatie groeiden in tijden van werkloosheid de zwaarste lasten te dragen kregen. Er was nog steeds geen wettelijk geregelde werkloosheidsverzekering. De rijksoverheid bleef echter weigeren bij te springen; armoede werd nog steeds als een sociaal probleem gezien.

Dat de sociale wetgeving tekortschoot bleek keer op keer: de uitkeringen varieerden van gemeente tot gemeente en van instelling tot instelling en waren soms beneden het bestaansminimum. De oorzaak van de problemen lag onder meer in de tweeslachtigheid in de toenmalige visie over armenzorg en sociale wetgeving. Zowel socialisten als confessionelen waren van mening dat niet zozeer de armenzorg veranderd moest worden, maar de toestroom naar de armenzorg. Door uitbreiding van de sociale verzekeringswetgeving zou de loonafhankelijke beroepsbevolking moeten worden beschermd tegen de bestaansonzekerheid.

De in 1901 aangenomen Ongevallenwet verplichtte de werkgever zich te verzekeren, zodat diens werknemer voor de schade van een ongeval op het werk gedekt zou zijn voor medische verzorging en een uitkering.²⁴ Voor de uitvoering van deze wet werd het eerste grote uitvoeringsorgaan in Nederland opgericht: de Rijksverzekeringsbank of RVB. Deze instelling had het monopolie over de zeggenschap over uitkeringen en aanspraken en het toezicht op de vrijwillige verzekeringsinstellingen, die bij de uitvoering van de wetten betrokken waren.

De invaliditeitsverzekering, door minister Talma in 1913 voorgedragen als deel van een complex ziekte-, ouderdoms- en invaliditeitsverzekeringswetten, werd als Invaliditeitswet aangenomen. De Ziektewet leverde veel problemen op. Deze wet was in de ontwerp-fase gekoppeld aan ziekenfondswetgeving, maar deze koppeling werd door druk van de NMG opgegeven. De Ziektewet werd ondanks tegenstand van de confessionele partijen en maatschappelijke organisaties in 1920 aangenomen en in 1930 na diverse aanpassingen van kracht. In deze wet bleef een theoretische koppeling met de ziekenfondsen gehandhaafd. Volgens artikel 48 zou een verzekerde alleen een uitkering krijgen als hij kon aantonen dat hij een beroep had gedaan op medische hulp of als hij lid was van een ziekenfonds. Dit artikel werd echter niet van kracht, zeker niet zolang er geen ziekenfondswet was.²⁵

De redenen, waarom in Nederland voor de Tweede Wereldoorlog geen samenhangend stelsel van sociale wetten werd gerealiseerd, zijn complex. Alle sociale partners waren het erover eens dat sociale wetgeving nodig was.²⁶ Het probleem werd ook niet gezien in de administratieve techniek van de uitvoeringsorganisatie, maar in de keuze van deze organisatie. In 1913 koppelde Talma de uitvoering van zijn wetten aan Raden van Arbeid.²⁷ Deze Raden waren, net als de RVB, publiekrechtelijke organen en hadden de voorkeur van de sociaal-democraten en de vakbeweging. De confessionele partijen wilden liever bedrijfsverenigingen als uitvoeringsorgaan: arbeiders en werkgevers moesten, georganiseerd naar gezindte, met kroonleden in deze verenigingen samenwerken voor de bepaling van de arbeidsvoorwaarden en het beheer van de sociale verzekering. De vraag was: moest de sociale wetgeving worden uitgevoerd door de overheid of door de maatschappelijke organisaties zelf?

De praktische belangen van de werkgevers en de werknemers waren voor de sociale wetgeving net zo doorslaggevend als de maatschappijbeschouwing. De werkgevers, ook de niet-christelijken, gaven de voorkeur aan bedrijfsverenigingen.²⁸ De werknemers, vertegenwoordigd door de vakbonden en sociaal-democratische politici, gaven de voorkeur aan staatsinvloed en waren bang dat de arbeiders bij de door de werkgevers beheerde bedrijfsverenigingen tekort gedaan zouden worden. De christelijke vakverenigingen hadden grote problemen: als christenen hadden zij de voorkeur voor de bedrijfsverenigingen en als arbeider kozen zij voor de ambtelijke uitvoering. Het was een patstelling: vanuit hun spilpositie in de politiek konden de confessionele partijen proberen het sociaal beleid volgens hun eigen program doorgevoerd te krijgen, maar hun vakbonden waren intern verdeeld. De sociale zekerheid bestond in deze periode uit een lappendeken van halve wetten en adhoc maatregelen die de mensen wel steun gaf, maar onvoldoende was. De verzekeringen beperkten zich tot het loonafhankelijke deel van de bevolking beneden door de overheid gestelde loongrenzen en boden geen garanties voor een uitkering op het bestaansminimum. Men moest voor aanvullend levensonderhoud een beroep doen op de door de gemeenten verzorgde armenzorg. Deze periode bracht ook geen wettelijke regeling van de ziekenfondsverzekering. De machtsverhoudingen tussen de ziekenfondsen en de artsen zouden daar mede debet aan blijken.

2.2 Actie en reactie: overheid en artsen over een wettelijke ziekenfondsregeling

De ziekenfondsverzekering bleef ook voor de regeringen na het kabinet Kuyper onderdeel van de te realiseren sociale verzekeringswetgeving. Iedere minister, die met het vraagstuk te maken kreeg trof daarbij de belangrijkste zorgaanbieders op zijn pad: de in de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst georganiseerde artsen, waar de ziekenfondspraktijk van levensbelang voor was.

Directe overheidsbemoeyenis en gezondheidszorg; gerealiseerde gezondheidszorg- en ziekteverzekeringswetgeving voor 1940

In 1901 werden tijdens het kabinet Pierson-Goeman Borgesius in hoog tempo wetten aangenomen voor regulering, hygiëne, preventie en sociale zorg: de Woningwet, de Gezondheidswet en de Ongevallenwet. De invoering van de Ongevallenwet betekende het begin van een directe vorm van overheidsbemoeyenis met de verzekering van de gezondheidszorg door de invoering van een stelsel van verplichte premiebetaling en het garanderen van medische verzorging na een bedrijfsongeval.²⁹ De wet regelde adequate behandeling van de verzekerden door bij de Rijksverzekeringsbank ingeschreven artsen en ziekenhuizen. De uitvoering van de wet werd gecontroleerd door artsen in dienst van de RVB.

De instelling van de RVB had vergaande gevolgen voor de gezondheidszorg in Nederland. Het was de eerste keer dat de overheid zich door middel van een uitvoeringsorgaan met bindende tarieven in de gezondheidszorg bemoeide. De RVB stelde op basis van het verrichtingenstelsel de tarieven vast voor de huisartsenhulp, de specialistische zorg en de ziekenhuisverpleging die op grond van deze wet werden verstrekt. Deze werden vastgesteld in overleg met het Hoofdbestuur van de NMG. De leden van de NMG echter, de artsen zelf, lieten tijdens de algemene vergaderingen vaak hun afkeuring blijken over de hoogte van de tarieven.

De artsen werden bij de Ongevallenwet betaald volgens het verrichtingenstelsel. Dat was hun een doorn in het oog, omdat zwakkere broeders de neiging hadden bij dit stelsel hun declaraties op te schroeven tot schande van de hele artsenstand. De ziekenfondsarts kreeg naast zijn abonnementshonorarium uit het fonds een wisselend bedrag aan inkomsten uit de behandeling van ongevalspatiënten.³⁰ Tegen deze dubbele betaling werd bij de invoering van de wet bezwaar gemaakt, en terecht. In de praktijk bleek dat sommige artsen, *die de weelde niet konden dragen*, soms patiënten met verwondingen behandelden met een *frequentie en een zwaarwichtigheid, die merkwaardig groot is*.³¹

Een tweede gevolg van de Ongevallenwet was de formalisering van de ziekenbriefjes. Een ziekenbriefje was de schriftelijke bevestiging van de ziekte van de verzekerde, verstrekt door de behandelend of controlerend geneesheer. Ziekenbriefjes bestonden al zolang er ziekenfondsen of verzekeringsmaatschappijen waren die ziekingeld uitkeerden en werden ook voor verstrekkingen in de armenzorg gebruikt. De briefjes vormden een nagel aan de doods-kist van iedere arts. De meeste artsen hadden niet alleen een broertje dood aan de rompslomp van het verstrekken van dit soort formularia, maar het verstrekken ervan druiste in tegen het principe van het beroepsgeheim.³² Om de verzekerde langs twee artsen te sturen voor behandeling en controle ging daarentegen wel weer erg ver. Het probleem van de ziekenbriefjes werd voor de artsen nooit afdoende landelijk geregeld, ondanks pogingen van de NMG in 1911 en 1917 tot de vorming van bindende besluiten.³³

Het kabinet-Pierson had in de Ongevallenwet de verzekering, de geneeskundige behandeling en de financiële uitkering tamelijk effectief geregeld en deze wet had model kunnen staan voor een wettelijke ziekteverzekering, in tegenstelling tot de bepalingen in de Wet op het Arbeidscontract van het kabinet-De Meester uit 1907. In deze wet werd onder meer bepaald dat de ziekteverzekering voor inwonend personeel voor zes weken voor rekening van de werkgever kwam. De medische verzorging van deze beroepsgroep liet veel te wensen over. De lonen voor inwonende knechten, dienstmeisjes en kinderverzorgsters waren laag en werkgevers betaalden voor hen meestal geen ziekenfondspremie. Als hun personeel ziek werd, werd de dokter vaak te laat of helemaal niet geroepen.

De gevolgen van deze wet werden een testcase voor de uitwerking van wettelijke bepalingen voor een ziekteverzekering op plaatselijk niveau. De Wet op het Arbeidscontract veroorzaakte bij de NMG een discussie. Het Hoofdbestuur verklaarde zich tegen het afsluiten van overeenkomsten door artsen met particuliere verzekeringsmaatschappijen.³⁴ De artsen konden volgens het Hoofdbestuur voor hun diensten voor deze wet het beste de tarieven van de RVB hanteren. Dienstboden hoorden volgens het Hoofdbestuur eigenlijk gewoon in het ziekenfonds. De leden protesteerden tegen dit

standpunt. In de praktijk kwam het vaak voor dat het dienstpersoneel verzekerd was bij een ziekenfonds, maar dat hun werkgevers een particuliere behandeling eisten.³⁵ De artsen wilden tijdens de periode dat de werkgever aansprakelijk was een andere regeling.

De Centrale Commissie voor de Beroepsbelangen stelde daarop in 1909 een onderzoek in naar de werking van de Wet op het Arbeidscontract. Het Hoofdbestuur concludeerde daaruit dat voor de uitvoering van de wet geen voor alle afdelingen geldende regels moesten worden gesteld.³⁶ De artsen werden het wel eens over de scheiding van de behandeling en de controle. De Ongevallenwet had moeilijkheden gegeven voor het ambtsgeheim en de vertrouwenspositie van de huisarts, omdat deze scheiding onvoldoende was vastgelegd.³⁷

Doordat de regering de ziekteverzekering in de Wet op het Arbeidscontract niet duidelijk geregeld had en de NMG door onenigheid tussen het Hoofdbestuur en de leden geen algemeen bindend besluit nam, werd de uitvoering van de Wet op lokaal niveau geregeld. Werkgevers konden hun personeel altijd bij commerciële ziektekostenverzekeringsmaatschappijen verzekeren. Soms nam een NMG-afdeling het initiatief, hetgeen in Amsterdam en Leiden gebeurde. In Utrecht troffen de artsen met de Voorzorg eigen regelingen. Zolang de regering niet in staat bleek de ziekteverzekering landelijk een wettelijke basis te geven, bleef het particulier initiatief op plaatselijk niveau de hoofdrol spelen.

De NMG; een corporatie in een verzuilde samenleving

De onenigheid bij de NMG tussen het Hoofdbestuur en de leden over de Wet op het Arbeidscontract was een van de vele geschillen waarmee de Maatschappij tussen 1900 en 1940 te kampen had. Tussen de beroepsgroepen onderling boterde het ook niet best. Deze twisten verzwakten de potentiële macht van de artsen, die door de ontwikkeling van hun beroep steeds belangrijker werden voor de samenleving.

De maatschappij kreeg steeds meer te maken met medicalisering. Artsen kregen steeds meer invloed, niet alleen door de groei van de wetenschappelijke kennis en het succesvol behandelen van patiënten, maar ook doordat ze betrokken werden bij een bijzonder soort conflictoplossing. Zij beschikten over de macht om mensen in categorieën in te delen en te beslissen over de toekenning van uitkeringen: het probleem van de ziekenbriefjes en de uitkering van ziekengeld.³⁸ Artsen moesten beslissen over de terechtheid van arbeidsverzuim. Het ging hierbij niet meer om de uitkering van een paar gulden ziekengeld uit de pot van een klein fondsje, maar om een juridische beslissing met maatschappelijke gevolgen. Zij raakten betrokken bij de relatie werknemer-werkgever en conflicten over arbeidsdiscipline. Het verschijnsel van de medische keuring werd steeds belangrijker. De artsen eisten deze rol niet zelf op en deze werd hun niet door de overheid opgelegd, maar zij kregen haast automatisch de macht om te beslissen over de bedeling van goederen, functies of posities. Medische diagnoses werden nauwelijks bekritiseerd.

Dokters wonnen sterk aan prestige en inkomen en kregen ruime mogelijkheden voor de verwezenlijking van hun beroepsidealën.³⁹ Zij probeerden individueel of in specialistische groepen nieuwe geneeswijzen uit, bedachten nieuwe definities voor ziektes en propageerden nieuwe idealen van medische zorg. Huisartsen, bedrijfs- en verzekeringsartsen stonden dicht bij de maatschappelijke realiteit en waren belangrijk voor de steeds grotere verweving van maatschappij en geneeskunst.

Deze medicalisering van de samenleving of vermaatschappijking van het medisch beroep was een wereldwijd verschijnsel. Het werd de dagelijkse praktijk voor individuele medici en voor gespecialiseerde groepen en eiste daarom de formulering van een algemeen beleid voor de hele medische professie. De artsen moesten niet alleen hun beroepsethiek aanpassen aan maatschappelijke normen en ontwikkelingen als geboorteregeling, abortus en bedrijfsongevallen, maar ook de verhoudingen tussen de beroepsgroepen onderling regelen. Door de groter wordende specialisering moesten de gebieden tussen de algemeen praktizerend huisarts en de specialisten worden afgebakend. De behandeling van de zieken en de betaling van de honoraria moesten worden verdeeld. Aangezien het grootste deel van de bevolking als minvermogend bij een ziekenfonds verzekerd was, zou de regeling van de ziekenfondshonoraria een belangrijk deel van de oplossing van het geschil vormen.

De machtsbasis van de artsenstand was altijd de eendracht binnen de gelederen geweest. De NMG profileerde zich als belangenorganisatie in de verzuilde Nederlandse samenleving, maar kreeg na 1900 steeds opnieuw met alle genoemde problemen tegelijk te maken. De gevolgen waren voortdurende discussies of de Maatschappij een vakvereniging was of een wetenschappelijke club, ruzies tussen het Hoofdbestuur en de leden over de aanpak van praktische problemen en ruzies tussen de artsengroepen onderling. De NMG probeerde ondanks deze interne problemen naar buiten toe zo veel mogelijk een eenheid te blijven. Als vertegenwoordiging van de medische elite mocht zij

haar onderhandelingspositie tegenover de Staat en de andere partijen niet in gevaar brengen.⁴⁰ De verdeling van de artsen in zuilen kwam daarbij nauwelijks ter sprake.

De artsen en de ziekteverzekeringswetgeving van Talma

In 1909 had de NMG drie redenen om zich als organisatie actief met de ziekenfondsen te bemoeien: de pogingen van de regering om een ziekteverzekeringswetgeving in te voeren, een lijvige beschrijving van de actuele situatie van het ziekenfondswezen in den lande in het rapport-Schreve en de onduidelijkheden bij de Wet op het Arbeidscontract. Daarbij werd het Hoofdbestuur steeds meer onder druk gezet door de leden die zich in grote steden als Amsterdam⁴¹, Utrecht en Groningen⁴² als ziekenfondsgeneesheren verenigden, of zich in hun afdelingen actief met de ziekenfondsen bemoeiden. Deze afdelingen maakten zich vooral druk over de gevolgen van de Wet op het Arbeidscontract.

De groeiende ontevredenheid had tot gevolg dat op 29 april 1908 de statuten en het huishoudelijk reglement van de Maatschappij grondig werden herzien.⁴³ Een van de gevolgen was de aanpassing van de status van de afdelingsraden van de afdelingen, zoals die van de afdeling Utrecht. De zelfstandigheid en macht van de afdelingsraden werden beperkt tot die van een adviesorgaan.⁴⁴ De afdelingen werden zelf verantwoordelijk gesteld voor beslissingen over bemoeienis met bestaande of nieuwe ziekenfondsen, terwijl ze dit voorheen meestal aan de afdelingsraden overlieten. Het nieuwe Hoofdbestuur adviseerde de afdelingen hun bindende besluiten betreffende de ziekenfondsen te herzien en zoals in de afdeling Utrecht de leden te verbieden een overeenkomst te sluiten met niet-erkende ziekenfondsen. Dit vrijblijvende voorschrift was op dat moment binnen de NMG de enige bestuurlijke mogelijkheid om een landelijk ziekenfondsbeleid te voeren. Er waren door de Algemene Vergaderingen ten aanzien van de ziekenfondsen nog geen algemeen bindende besluiten genomen, maar de tijd voor maatregelen door de artsen drong.

Minister A.S. Talma wilde in 1910 zijn ontwerp-ziektewet en -radenwet naar de Tweede Kamer sturen. De uitkering van ziekgeld was in dit wetsontwerp gekoppeld aan de verplichting tot het inroepen van geneeskundige hulp. Dit werd later onder invloed van de NMG veranderd in het verplicht lidmaatschap van een erkend ziekenfonds. Talma liet de regeling van de verplichte ziekenfondsverzekering echter achterwege. Hij had hiervoor vier motieven:⁴⁵

- Hij zag als Antirevolutionair geen redenen om arbeiders te verplichten zich voor geneeskundige behandeling te verzekeren.
- Ervaringen in Duitsland en Oostenrijk hadden getoond dat de overheid de geneeskundige behandeling niet kon waarborgen. Zij was hierbij afhankelijk van geneeskundigen en kon geen beroep doen op ambtenaren.
- Een dergelijke regeling zou de bestaande praktijk verstoren en met name de gemeentelijke geneeskundige armenzorg in gevaar brengen. Gemeentelijke overheden stelden onvermogens op ruime schaal in staat een geneeskundige verzorging te genieten. Artsen zouden bij een verplichte ziekenfondsverzekering verhoging van de armenzorgtarieven eisen.
- De ook door de artsen als noodzakelijk beschouwde scheiding van de ziektewet- en de ziekenfondskas.

Talma vond dat het ziekenfondswezen in Nederland voldoende ontwikkeld was. Hij bevestigde daarmee de principes uit het rapport-Schreve en maakte duidelijk dat de uitvoering van de ziekenfondsverzekering volgens de principes van de verzuiling bleef berusten bij de ziekenfondsen als private instellingen en niet in handen werd gelegd van de overheid. In de plannen van Kuyper werd nog gesproken van overheidsdistrictskassen naast de ziekenfondsen als private organen. De overheid zou wel worden belast met het toezicht.

Een Tweede-Kamercommissie was het met de opvattingen van Talma niet mee eens en wilde toch een combinatie ziekenfondswet-ziektewet.⁴⁶ De werknemer zou door een goede geneeskundige behandeling eerder aan het werk gaan, terwijl scheiding van uitkering en behandeling te veel administratieve rompslomp veroorzaakte. De verzekerde zou daardoor twee artsen aan zijn bed krijgen, aangezien de ziekenfondsartsen bezwaar zouden hebben tegen een taak als controleur. De commissie was voorstander van een verzekering naar analogie van het Duitse Ortskrankenkassensysteem en niet door de Nederlandse ziekenfondsen, een stadium dat door Talma en de NMG al lang gepasseerd was.

Talma antwoordde de kamercommissie dat de ziektegeduitkering bij het arbeidscontract tussen werknemer en werkgever hoorde, maar dat de ziekteverzekering geen specifieke arbeiderszaak was. Deze betrof het gehele deel van de bevolking dat de particuliere tarieven niet kon betalen, ook mensen zonder loondienstverband.⁴⁷

Het Hoofdbestuur van de NMG had op 17 april 1910 het wetsontwerp op verzoek van Talma besproken en stemde met vreugde met diens opvattingen over de scheiding in.⁴⁸ De NMG was hier immers groot voorstander van. Het Hoofdbestuur moest wel slikken bij het feit dat de minister onbeperkte vrije artskeuze bij de ziekenfondsen niet verplicht stelde. Volgens Talma konden misbruik door de artsen er toe leiden dat de verzekerden zelf geen vrije artskeuze zouden willen. Naar zijn mening hadden maar weinig ziekenfondsen dit principe aanvaard en vielen de resultaten met de vrije artskeuze uit de Ongevallenwet tegen. De beperkte vrije artskeuze met minimaal twee medewerkers werd wel voorgeschreven.⁴⁹

Enkele voorwaarden voor de wettelijke erkenning van ziekenfondsen waren:

- Winstoogmerken werden uitgesloten. Dit was een eis van de NMG en de politiek.
- De rechten en plichten van de verzekerden en de medewerkers moesten in de statuten worden omschreven.
- De praktijk van een arts mocht niet groter zijn dan 2.500 ingeschrevenen.
- Betaling van de huisartsen op abonnement, maar met betaling per verrichting voor buitengewone behandelingen voor de specialist.
- Een bestuur met minimaal een verzekerde, een arts en een apotheker. Talma volgde hierbij het standpunt van de NMG. De verzekerden hadden als belanghebbenden recht op minimaal een vertegenwoordiger in het fonds, maar het was in het openbaar belang dat de aan het fonds verbonden artsen en apothekers in het bestuur vertegenwoordigd waren voor de garantie van een goede geneeskundige behandeling en ter vermijding van geschillen met de verzekerden.⁵⁰

Bij de NMG was men niet helemaal gelukkig met deze erkenningseisen. De eisen van Talma stemden overeen met de algemeen wenselijke erkenningsvoorwaarden, die de Algemene Vergadering van Rotterdam in 1908 door de aanvaarding van het rapport-Schreve had geformuleerd. Voor de directie- of commerciële fondsen zouden ze de nekslag betekenen: ziekenfondsen mochten geen winst meer maken en de directeuren mochten geen goedlopende begrafenisverzekeringen meer verkopen. De wet bood echter geen soelaas voor de fondsen, die door een uitbreiding van de erkenningseisen in financiële moeilijkheden zouden raken. Veel directiefondsen zouden daarom vermoedelijk geen poging doen erkend te worden. De keerzijde van de medaille was dat artsen en apothekers die naar aanleiding van plaatselijke omstandigheden zelf ziekenfondsen wilden oprichten, door de voorgeschreven deelname van de verzekerden aan de fondsbesturen daarvan zouden kunnen afzien.

In tegenstelling tot wat in de Memorie van Toelichting bij het wetsontwerp gesuggereerd werd, zouden volgens de NMG de directiefondsen die geen erkenning kregen toch blijven bestaan. De premies zouden bij deze fondsen lager zijn dan bij de erkende fondsen en de verstrekkingen en uitkeringen zouden beneden de maat blijven. Door de lage premie zouden zij mensen aantrekken die de contributies van de erkende ziekenfondsen niet konden betalen en zij zouden bij deze directiefondsen alleen maar benadeeld worden.⁵¹ Het Hoofdbestuur stemde met deze erkenningseisen in, in tegenstelling tot de leden die zich tijdens een Algemene Vergadering op 22 december 1910 uitspraken voor onbeperkte vrije artskeuze.⁵²

Op 20 juni 1911 werd de wet in de Tweede Kamer behandeld. Het verloop van de discussie spitste zich toe op de scheiding van uitkering en behandeling.⁵³ Vooral de socialisten verweten Talma dat hij hiermee te veel de artsen steunde ten koste van de arbeiders. De sociaal-democraten vielen ook de artsen aan die volgens hen te veel met hun eigen belangen rekening hielden. Waar tijdens de debatten eigenlijk niet op gelet werd was dat Talma door zijn voor de ziektewet verplicht ziekenfondslidmaatschap hierin juist wel had voorzien, geheel in lijn met de geldende opvattingen over beperking van de overheidsinvloed en de zelfverantwoordelijkheid van de werknemer. Uiteindelijk werd door alle druk de scheiding van behandeling en uitkering in de ziektewet vastgelegd, maar de regeling van het ziekenfondswezen werd niet opgenomen.

Op 9 juli 1912 ging de Kamer op zomerreces zonder de ziektewet verder te behandelen. Deze werd doorgeschoven, want voor dat najaar stond de behandeling van de Invaliditeits- en Ouderdomswet op de politieke agenda.⁵⁴

Het eerste ziekenfondssorgaan van de NMG

De aanpassingen van de statuten en het huishoudelijk reglement van de Maatschappij in 1908 en 1909 waren onvoldoende om de problemen van de huisartsen met de ziekenfondsen en de Wet op het Arbeidscontract op te lossen. Ziekenfondsartsen uit Rotterdam, Haarlem en Leiden probeerden daarom volgens een advies uit het rapport-Schreve een eigen vereniging op te richten. Het Hoofdbestuur reageerde op dit initiatief met de instelling van een commissie, onder meer

samengesteld uit de Utrechtse hoogleraren C.A. Pekelharing en B.J. Kouwer, de huisartsen D. Snoeck Henkemans en A.R. Cohen en de kinderarts J.M. Facée Schaeffer, allen betrokken bij ziekenfondszaken. Vooral de Amsterdamse arts A.R. Cohen zou de komende jaren een centrale rol gaan spelen.

Deze commissie was unaniem van mening dat er meer contact moest zijn tussen de leden van de afdelingen met een ziekenfondspraktijk. De afdelingsvergaderingen werden te veel beheerst door ziekenfondszaken en daarin hadden de artsen zonder ziekenfondspatiënten geen trek meer.⁵⁵ De behandeling van de maatschappelijke belangen van de artsen dreigde het wetenschappelijke gedeelte tijdens de vergaderingen te verdringen.⁵⁶ De commissie vond dat verbetering van het ziekenfondswezen niet moest uitgaan van het Hoofdbestuur, maar van de ziekenfondsartsen zelf in plaatselijke verenigingen.

Het Hoofdbestuur was het hier niet mee eens en het vond dergelijke verenigingen onnodig. De ziekenfondskwestie moest door de Maatschappij als geheel worden besproken en daarna plaatselijk worden geregeld, maar zonder de afdelingen er te veel mee te belasten. Men besloot tot de oprichting van een organisatie binnen de NMG, een Centraal Comité en onderafdelingen tot behartiging van het ziekenfondswezen. Dit voorstel werd in 1910 zonder veel problemen door de leden geaccepteerd.

De enige problemen betroffen de financiering van de onderafdelingen en de verhouding huisartsen-specialisten. Sommige artsen waren bang dat een plaatselijke ziekenfondsstrijd de leden van een afdeling op kosten zou kunnen jagen, als de onderafdeling geheel door de afdeling zou worden gesubsidieerd.⁵⁷ Als een afdelingsvergadering zou moeten besluiten over de financiering van een ziekenfondskwestie, dan zou dit wel eens nadelig kunnen zijn. De meeste vergaderingen werden bezocht door leden die tijd hadden voor het verenigingsleven, terwijl de ziekenfondshuisartsen met een drukke praktijk daar nooit tijd voor hadden. Dit gold overigens blijkbaar niet voor de afdeling 's-Gravenhage, want de Haagse arts Snoeck Henkemans merkte droog op dat daar juist *de heeren met een dikke particuliere praktijk* wegbleven. Het probleem werd opgelost doordat de kosten van ziekenfondskwesties ten laste van de Maatschappij zouden komen.

Het tweede discussiepunt betrof de verhoudingen tussen de huisartsen en de specialisten. Die waren in 1910 niet al te best. De specialisten werden als beroepsgroep steeds belangrijker. De NMG moest als koepelorganisatie van alle artsen in Nederland eigenlijk functieomschrijvingen geven aan de verschillende beroepsgroepen, maar zij was daar nog niet aan toe.⁵⁸ De specialisten wilden een eigen positie in de Maatschappij en hun deel van de ziekenfondshonoraria. In deze tijd probeerden zij, net als de ziekenfondshuisartsen, buiten de NMG om een eigen vereniging op te richten. Vooral de Amsterdamse specialisten waren hierbij actief. Het Hoofdbestuur trachtte de ziekenfondsbelangen van de huisartsen en van de specialisten gecombineerd op te lossen door de huisartsen en de specialisten gezamenlijk te benoemen als deelnemer-arts aan ziekenfondsen en niet als afzonderlijke groepen te beschouwen.⁵⁹

Het Centraal Comité was bedoeld als adviesorgaan in ziekenfondszaken voor vragen van het Hoofdbestuur, de Centrale Commissie voor Beroepsbelangen en de onderafdelingen. Het had geen bevoegdheden tot het oprichten van ziekenfondsen, het bemiddelen in geschillen tussen medewerkers en fondsen en tot zelfstandig optreden. Het lidmaatschap was voor de leden een nevenfunctie. Deze beperkingen waren de zwakheden van het Comité. Eigenlijk was er behoefte aan een organisatie, die de ziekenfondsartsen kon steunen en vertegenwoordigen, maar voor dit besluit waren de geesten nog niet rijp. Het Hoofdbestuur wilde de ziekenfondskwestie zo veel mogelijk in eigen hand houden en het slaagde daarin omdat de ziekenfondsartsen nog onvoldoende eenheid vertoonden.

Het ziekenfondsbestel was in de jaren 1910-1911 aan het gisten. De regering was met een ziekenfondswetsontwerp gekomen, waar de Kamer verdeeld over was. De NMG had hierover een mening, maar was bezig met de opbouw van haar eigen ziekenfondsorganisatie en had geen mogelijkheden om voor deze wet te gaan lobbyen. Het gist zou snel de pan uitrijzen.

1911-1912: het eerste algemeen bindend besluit inzake de ziekenfondsen: actie, harde actie!

De behandeling van de ziektewet was wel uitgesteld, maar de NMG-artsen moesten reageren op de anti-NMG-teneur in het parlement.

Schreve, de oude patriarch, wilde geen conflicten met de politiek. Hij adviseerde om de ziekenfondsrichtlijn uit 1908 tot algemeen bindend besluit te verklaren.⁶⁰ De NMG-artsen zou het dan verboden zijn zich aan ziekenfondsen te verbinden die niet aan de eisen van de Maatschappij voldeden. Hij twijfelde wel of de leden voldoende ruggegraat zouden hebben om de principes van de vrije artsenkeuze en evenredige vertegenwoordiging in de fondsbesturen door te zetten. Zij hadden

zich hiervoor nu wel jaren achter elkaar uitgesproken, maar zonder er consequenties aan te verbinden. Schreve wilde van dit bindend besluit een vertrouwenskwestie voor de hele NMG maken. Als de leden zich niet aan hun eerdere uitspraken hielden, dan kon de Maatschappij beter worden opgeheven.

Het zou wel meevallen. De praktijk had bij diverse afdelingen immers al uitgewezen dat de artsen uit eigen belang uitstekend in staat waren plaatselijke ziekenfondszaken op te lossen en zich daarbij aan hun eigen opvattingen te houden. Een algemeen bindend besluit zou deze lokale regelingen alleen maar kunnen versterken.

Het was nog een probleem de tekst voor een dergelijk bindend besluit op te stellen. Het Hoofdbestuur, het Centraal Comité en de Commissie voor Beroepsbelangen verschilden van mening over de zwaarte van het besluit. De eisen, die aan de ziekenfondsen gesteld zouden worden, moesten realistisch zijn. Beginnende artsen waren voor de opbouw van hun praktijk afhankelijk van de ziekenfondsen. Als zij als NMG-lid geen erkend ziekenfonds konden vinden, dan kon een dergelijk besluit voor hen fnuikend zijn.

Talma werd ook bij de besprekingen betrokken om er zeker van te zijn dat hij als minister zou instemmen met de artsenactie. De machtsverhoudingen in de fondsbesturen bleven een teer punt. De artsen wilden een doorslaggevende stem, maar Talma wilde evenredige vertegenwoordiging van artsen, apothekers en verzekerden met voor iedere partij gelijk stemrecht. Uiteindelijk werd een compromis gevonden, dat bij latere besprekingen en in tal van fondsstatuten zou worden gebruikt: *Dat in het bestuur en in de algemeene vergadering noch aan de leden, noch aan de apothekers, noch aan één dezer groepen vereenigd met derden een grooter macht wordt toegekend dan aan de geneesheeren.*⁶¹ Dit was een verfijning van de omschrijving van de bestuursamenstelling, die door de Algemene Vergadering in 1908 was vastgesteld bij de behandeling van het rapport-Schreve.

Het concept-bindend besluit werd tijdens de Algemene Vergadering op 8 juli 1912 in Den Haag aan de leden voorgelegd:

De leden [...] verbinden zich, niet deel te nemen na 8 juni 1912 aan eenig nieuw op te richten ziekenfonds, dat volgens de bepalingen van een in te voeren ziekwet toegelaten is [...] tenzij in de statuten aan de volgende hoofdvoorwaarden is voldaan:

- 1. dat alle geneesheeren, die te goeder naam en faam bekend zijn en wier gewone werkkring over het gebied van een ziekenfonds of over een deel daarvan uitstrekt, het recht hebben als deelnemer tot het ziekenfonds toe te treden, hetzij als huisarts, hetzij als specialist;*
- 2. dat in het bestuur en in de algemene vergadering noch aan de leden, noch aan de apothekers, noch aan een dezer groepen, vereenigd met derden een grootere macht is toegekend dan aan de geneesheeren;*
- 3. dat een welstandsgrens voor gezinnen en voor alleenstaanden is vastgesteld, waarbij het maximum voor gezinnen het bedrag van f 1200 's-jaars; voor alleenstaanden het bedrag van f 800,- 's-jaars niet mag overschrijden;*
- 4. dat uitdrukkelijk is bepaald, dat de geneesheeren niet gedwongen worden verklaringen af te geven omtrent arbeidsongeschiktheid van ziekenfondsleden, die onder hun behandeling zijn of geweest zijn.*

De vrije artsenkeuze moest door het recht van toetreding van alle huisartsen en specialisten als medewerker tot een ziekenfonds worden gegarandeerd en eventuele onderlinge concurrentie voorkomen. De welstandsgrens moest plaatselijk worden vastgesteld. De genoemde bedragen waren maxima, overeenkomstig de geldende verhoudingen in de steden.

Bij de algemene beschouwingen over dit besluit bleek dat sommige afdelingen vonden dat het Hoofdbestuur te ver gegaan was met de concessie bij de macht van de artsen in de fondsbesturen in het ontwerp-ziekwet. Dit zou vooral op aandringen van de socialisten gebeurd zijn. De bedoeling van de macht van de artsen in de fondsbesturen was juist het breken met de machtsverhoudingen, zoals die in de Engelse, Duitse en Oostenrijkse fondsen bestonden: *het systeem van het dogma van de heilige arbeidersorganisatie.*⁶² De Nederlandse artsen waren angstig voor verhoudingen als in Duitsland waar de artsen als medewerkers van de Krankenkassen in een slechte positie verkeerden. De NMG-leden zagen deze Kassen als coöperatieve arbeidersverbruiksverenigingen met een paar vaste artsen in loondienst. Om aan een dergelijk fonds te kunnen deelnemen moest de geneeskundige protectie genieten van de arbeiders-verzekerden, zijn eisen zeer laag stellen en het bestuur onderdanig zijn.⁶³ De honoraria waren laag en de welstandsgrenzen zeer hoog. De artsen verschilden van mening hoe zij met hun Maatschappij als beroepsorganisatie hun belangen tegen de vakbeweging en de onderling beheerde arbeidersfondsen moesten verdedigen.

De Haagse arts J.J. Berdenis van Berlekom stelde dat de arbeidersbeweging in Europa zo machtig was geworden, dat daardoor de discussie over de ziekteverzekering op het hoogste politieke niveau

werd gevoerd. De artsen hadden, in tegenstelling tot de arbeiders, geen directe politieke invloed, waardoor de NMG-adressen aan de Tweede Kamer werden genegeerd. Het in deze vorm geformuleerde bindend besluit zou tot een sterke reactie van de arbeidersbeweging leiden, zoals door het stichten van ziekenfondsen als de Haagse Volharding. Volgens Berdenis van Berlekom moesten de medici zich beperken tot de praktische acties van een vakvereniging: het afsluiten van behoorlijke medewerkerovereenkomsten en het oplossen van geschillen met de fondsen door op pariteitsprincipes ingestelde scheidsgerichten. Op den duur zouden de eisen van het Hoofdbestuur voor de vrije artsenkeuze en de regeling van de welstandsgrens vanzelf worden ingewilligd.

Tegenover de opvattingen van Berdenis van Berlekom stonden die van de Zwolse afgevaardigde Koch: de artsen moesten juist als vrije belangenorganisatie ageren tegen de door de Staat gesteunde arbeidersbeweging, corporatie tegen corporatie.

A.C. van Bruggen, voorzitter van de Commissie van Advies inzake de Ziekteverzekering, vond dat het Hoofdbestuur gelijk had. Het ontwerp-Talma was het beste dat de NMG ooit voorgeschoteld was. Voor Van Bruggen was de ziekenfondskwestie geen strijd tegen de arbeidersbeweging zoals voor Berdenis van Berlekom en voor Koch, want het ging toch om een goede geneeskundige behandeling van minvermogenen in de ziekenfondsen en niet om het uitvechten van een klassenstrijd!⁶⁴

De visie van Van Bruggen kreeg van de Vergadering de meeste steun: een gezamenlijk beheer van fondsen door de artsen en de verzekerden, zonder angst voor de sociaal-democraten. Beide partijen wilden uiteindelijk hetzelfde: een goede ziekteverzekering. De belangen van de verzekerden hingen niet af van hun overheersing in het fondsbestuur, maar van een goede behandeling tegen een niet te hoge premie. Deze werd niet vastgesteld door de acties van de NMG, maar hing af van de hoogte van de lonen, van de eisen van de verzekerden zelf en van de concurrentie tussen de fondsen onderling.⁶⁵ Het ziekenfonds mocht volgens de artsen als geneeskundige instelling geen politieke zaak dienen.

Schreve verdedigde de steun van het Hoofdbestuur voor de plannen van Talma. De ontwerpen-Kuyper en Veegens waren volgens hem in de praktijk niet uit te voeren geweest. Het huidige ontwerp-Talma was realistischer door de scheiding van de ziekenkas en het ziekenfonds. Het voorgestelde bindend besluit was bedoeld om de geneeskundige behandeling van de patiënten en de belangen van de artsen op peil te houden. De NMG was bij de verschillende ziekwetten alleen om advies gevraagd, nooit om wetten te ontwerpen, en de Maatschappij moest daarom in haar algemeen bindende besluiten de lacunes in de bestaande en toekomstige wetgeving aanvullen.⁶⁶ Men moest niet de fout maken door uitsluitend een looneis te stellen, zoals Berdenis van Berlekom volgens Schreve deed.

Het algemeen bindend besluit werd na deze pittige, vaak ideologisch bevolgen discussies met algemene stemmen aangenomen. De artsen, verenigd in de NMG, konden zich daardoor voor het eerst als belangengroep actief op landelijk niveau in de ziekenfondskwestie opstellen en zouden lange tijd de belangrijkste hoofdrolspelers blijven. De vrije artsenkeuze zou niet meer ter discussie komen. Over het principe van de welstandsgrens en de scheiding tussen ziekenfonds- en particuliere praktijk was men het eens; deze hing af van de plaatselijke omstandigheden. De artsengeleerden waren gesloten.

De voorkeur van de artsen voor de machtsverhoudingen in de fondsbesturen wekte nogal wat irritatie. Terwijl de ledenvergadering van de NMG het Hoofdbestuur concessies aan de socialisten verweet, gebeurde in de Tweede Kamer het tegenovergestelde. Toen Talma zich bij de behandeling van de ziekwet voorstander van de NMG-opvattingen toonde, kreeg hij vooral van sociaal-democratische politici te horen dat hij te veel concessies had gedaan aan de NMG.⁶⁷ De Maatschappij kreeg het in de pers zwaar te verduren, terwijl het bindend besluit in de praktijk nog niet eens was uitgewerkt. Om het vuurtje wat op te stoken stuurden 44 medisch hoogleraren in april 1913 aan de Tweede Kamer een adres, gericht tegen een sociaal-democratisch amendement op de ziekwet. Zij merkten daarin op dat de regering, gezien de gunstige ervaringen in het verleden, *de verdere ontwikkeling van het ziekenfondswezen met gerustheid kan overlaten aan de geneeskundigen zelf.*⁶⁸ De kwaliteit van een fonds hing volgens hen af van de invloed van de geneeskundige op de werkzaamheid van het fonds.

Talma bleef ondanks alle tegenstand bij zijn opvattingen, dat bij de ziekenfondsen alleen het verkeerde geweerd moest worden en dat zij zichzelf moesten ontwikkelen. De NMG zou zelf modelfondsen kunnen oprichten. Hij vond dat hij daarbij niet hoorde voor te schrijven hoe een fondsbestuur precies in elkaar moest zitten.⁶⁹

De artsen zagen slechts een deel van hun wensen verwezenlijkt, maar zij hadden in ieder geval hun steentje bijgedragen aan het verwijderen van een al te strakke reglementering van het ziekenfondswezen via de Ziektewet. Zij moesten nu eerst hun principebesluiten in een werkbare regelgeving omzetten. Dat ging niet zonder dat interne tegenstellingen opnieuw de kop opstaken.

1913-1914: de Bredase besluiten

Het Centraal Comité ter behartiging van het Ziekenfondswezen was inmiddels druk bezig met de ontwikkeling van een concept-modelziekenfonds. Het Comité had echter een concurrent in de eerdergenoemde Commissie van Advies inzake de Ziekteverzekering, waarvan het bestuur iets krachtiger optrad en de eigen ideeën bij het Hoofdbestuur wist door te drukken. Deze Commissie had een actieplan ontwikkeld, waarmee de NMG door een eigen ziekenfondsorganisatie de genomen besluiten kon uitvoeren.

De commissieleden Van Bruggen en Van der Brugh hielden lezingen bij de afdelingen om hun visie te propageren.⁷⁰ De Commissie van Advies was bang dat de ziekenfondsen door de nieuwe Ziektewet van karakter zouden veranderen en een politieke of confessionele identiteit zouden krijgen. De verzekerden zouden dan geen lid meer worden vanwege de geneeskundige verzorging, maar om politieke of religieuze redenen en dat moest door snelle actie worden voorkomen. De artsen wilden geen verzuimd fondswezen.

De Commissie propageerde de instelling van een Centrale Organisatie, een CO, en het oprichten van bijzondere fondsen en van plaatselijke algemene afdelingsziekenfondsen, de zogenoemde AAZ-fondsen of Maatschappijfondsen.⁷¹ De afdelingen zouden zelf het initiatief tot deze fondsen moeten nemen, waarbij alle leden van een afdeling zich bij deze fondsen moesten aansluiten. De CO zou fungeren als koepelorganisatie met een centrale kas. Deze kas zou worden gevuld door heffingen op de honoraria van de ziekenfondsartsen en dienen voor de financiering van ziekenfondsacties en voor de ondersteuning van de leden, die door deze acties slachtoffer zouden worden. De Maatschappijfondsen moesten worden ingericht volgens de richtlijnen van het rapport-Schreve.⁷²

Het diende wel mogelijk te zijn deel te nemen aan door anderen opgerichte ziekenfondsen, maar dan alleen op goede voorwaarden. In overeenstemming met het algemeen bindend besluit moesten alle medici uit het werkgebied van het fonds kunnen toetreden als medewerker. Het instrument hierbij was het sluiten van collectieve contracten onder toezicht van de CO. Artsen mochten onder geen beding nog individuele overeenkomsten sluiten.

Scharen wij ons dus eensgezind om het vaandel, dat hooghoudt onze positie, onzen stand! Met deze nogal bombastische leuze werd het belangrijkste middel geïntroduceerd waarmee de verhoudingen tussen de ziekenfondsen en de medewerkers zouden worden geregeld: het collectieve contract. Dit werd snel ontwikkeld tot een stelsel van overeenkomsten tussen de ziekenfondsen en de artsen en apothekers in een regio of plaats. De contracten zouden zo veel mogelijk rekening moeten houden met bestaande toestanden.

De ideeën van de Commissie van Advies inzake de Ziekteverzekering werden uitgewerkt tot voorstellen voor een tweede bindend besluit. Dit besluit is later bekend geworden als de voorstellen A, I-V, te nemen op de Algemene Vergadering in Breda van 7-9 juli 1913. Deze Bredase besluiten werden met de Haagse besluiten uit 1912 de dubbelbesluiten genoemd.⁷³

De Centrale Organisatie zou in elke afdeling een vertegenwoordiging van drie leden moeten hebben, die zich zou belasten met de voorbereiding van de collectieve contracten. Deze overeenkomsten mochten alleen worden gesloten met de goedkeuring van het Hoofdbestuur en de CO en volgens de richtlijnen van de algemeen bindende besluiten. Voor het sluiten van contracten met ziekenfondsen die niet volgens de besluiten van 1912 erkend waren, kon het Hoofdbestuur dispensatie verlenen. Een dergelijk fonds moest dan wel garanderen, dat de artsen voldoende medezeggenschap in het bestuur kregen. Het Hoofdbestuur moest echter niet met het afsluiten van collectieve contracten wachten op de oprichting van afdelingsziekenfondsen. Contracten waren vooral in de grote steden hard nodig om de rechtspositie van de artsen bij de grote commerciële ziekenfondsen te verbeteren.

De acceptatie van de voorstellen ging niet zonder discussies. Het Leidse lid Facée Schaeffer zag het nut van een dergelijke strakke organisatie wel in, maar hij was huiverig voor de wispelturige geest van de meeste collega's, en niet zonder reden. Van der Brugh had bij de afdeling Utrecht een inspirerende rede gehouden over de oprichting van een afdelingsfonds. Alle aanwezigen waren enthousiast, maar toen een paar dagen later een oprichtingsvergadering gehouden werd *wilde men er niet aan, ja secretaris en penningmeester liepen er uit*.⁷⁴ Dit klopte. De medewerkers van de Voorzorg en Hulp bij Ziekte kregen onderling ruzie over welk fonds zou moeten worden omgevormd tot afdelingsfonds.⁷⁵

L. Heijermans, sociaal-democratisch gemeentearts uit Amsterdam, vond de voorstellen zeer vergaand en was bang voor de reacties van politiek en maatschappij.⁷⁶ Hij probeerde de angst van de artsen voor de arbeidersbeweging wat te temperen. De SDAP had zich volgens Heijermans in beginsel voor de vrije artsenkeuze verklaard. Artsen waren bovendien slechte principiestrijders gebleken: bij de Haagse Volharding, die geen welstandsgrens hanteerde, hadden de artsen bij tientallen voor een loondienstbetrekking gesolliciteerd. De moderne arbeidersbeweging wilde volgens hem met de NMG geen strijd aangaan en hij verweet het Hoofdbestuur dat het niet eens had geprobeerd met de diverse vakbonden te overleggen.

De voorstellen A, I-V, werden na deze discussies via hoofdelijke stemming aangenomen. De NMG had hiermee haar Centrale Organisatie naast het Centraal Comité, dat bleef bestaan als adviesorgaan voor ziekenfondszaken. De CO kreeg formeel tot taak het ziekenfondswezen zodanig te regelen, dat de belangen van zowel de verzekerden als de artsen zo goed mogelijk behartigd werden door het bevorderen van Maatschappijziekenfondsen en het afsluiten van collectieve contracten. De CO zou worden gefinancierd door een contributieheffing op het inkomen uit de ziekenfondspraktijk van de artsen, die deelnamen aan een contract of aangesloten waren bij een afdelings- of bijzonder fonds.⁷⁷

De artsen hadden zich met deze bindende besluiten van 1912 en 1913, de dubbelbesluiten, de middelen verschaft, waarmee zij als corporatie zowel landelijk als plaatselijk de ziekenfondsverzekering konden beïnvloeden. De NMG was als niet-verzuilde belangenvereniging sterk genoeg om met eigen regelgeving het vacuüm op te vullen, dat de landelijke overheid had doen ontstaan door het achterwege laten van ziekteverzekeringswetgeving.

Plaatselijk genomen bindende besluiten zouden door de algemeen bindende besluiten worden vervangen, waardoor de artsen landelijk erkenningseisen aan de ziekenfondsen konden stellen. De landelijke voorschriften met betrekking tot de collectieve overeenkomsten zouden aan de hand van lokale omstandigheden worden toe- en aangepast. Daarbij hadden de afdelingen de mogelijkheid gekregen om, gesteund door hun landelijke koepel algemene, niet-verzuilde ziekenfondsen te stichten. Deze zouden als modelfondsen voor artsen en verzekerden op het platteland moeten voorzien in het gebrek aan ziekenfondsen en in de steden moeten fungeren als alternatief voor de nog steeds verfoeide commerciële fondsen, de fabrieksfondsen en de opkomende onderlinge arbeidersfondsen, waar de medici geen of onvoldoende invloed hadden.

De effectiviteit van deze pogingen hing af van externe en interne factoren. Een ander kabinet kon met nieuwe wetsontwerpen de ziekteverzekering of anders proberen te regelen dan op de NMG-wijze of volgens de opvattingen van Talma. De acties van de NMG riepen veel maatschappelijke tegenstand op, niet alleen in de volksvertegenwoordiging, maar ook in de pers en bij de bestaande ziekenfondsen.

De NMG zelf was ook verdeeld. Het was een kleine groep, bestaande uit de huisartsen Schreve, Van Bruggen, Van de Brugh en enkele anderen die als Hoofdbestuur, Commissie van Advies inzake de Ziekteverzekering en Centraal Comité ter behartiging van het Ziekenfondswezen de ziekenfondsmaatregelen ontwierpen en voordroegen. Zelfs tussen de leden van deze groep bestond verschil in opvattingen. Het Hoofdbestuur trachtte zo veel mogelijk macht te krijgen door zich het recht voor te behouden alle beslissingen over de goedkeuring van collectieve contracten en de oprichting van de Maatschappijfondsen te nemen. Tussen de Commissie en het Centraal Comité heerste rivaliteit. Het Comité wilde een ontwikkeling langs de lijnen der geleidelijkheid, terwijl de Commissie voorstander was van een groot landelijk artsenfonds met plaatselijke afdelingen.⁷⁸

Deze groep voerde op de Algemene Vergaderingen meestal het woord, aangevuld of aangevallen door collega's als Berdenis van Berlekom, Heijermans en Koch. De sociaal-democratisch gezinde artsen dienden bij de discussies het Hoofdbestuur wel van repliek, maar hadden te weinig invloed of geen behoefte om besluiten die tegen hun opvattingen indruisten, afgestemd te krijgen.

Het waren in de periode 1911-1913 dus vooral de ziekenfondshuisartsen die hun belangen verdedigden en verdedigd zagen. Zij kregen snel concurrentie van de specialisten en de apothekers, die als ziekenfondsmedewerkers ook hun deel van de honoraria wilden. De apothekers, in dezelfde mate georganiseerd als de artsen, wilden ook invloed in de besturen van de fondsen. Dit was hun in de voorstellen van Kuyper, Veegens en Talma al voorgespiegeld. Het meeste tegengas kreeg de Maatschappij echter van de kant van de fondsen zelf, het eerst van het onderlinge Utrechtse ziekenfonds Ziekenzorg.

2.3 Reactie en actie: de ziekenfondsen en uitwerking van de NMG-besluiten

De algemeen bindende besluiten van de NMG van 1912-1913 hadden verstrekkende gevolgen voor de beleidsvrijheid van de ziekenfondsbesturen. De besturen van de onderling beheerde arbeidersfondsen moesten wel reageren. Een ander gevolg van de dubbelbesluiten, gericht op de verdediging van de belangen van de artsenstand tegen de overheidspolitiek en de ziekenfondsen, was dat de collegae met een confessionele of sociaal-democratische overtuiging in gewetensconflict konden komen. Zij namen hun eigen standpunt in.

Het voortouw van Ziekenzorg: de Landelijke Federatie

Het bestuur van het Utrechtse ziekenfonds Ziekenzorg had in juni 1913 een anonieme brief ontvangen met een uitvoerige beschrijving van de besluiten, die door de NMG in Breda zouden worden genomen.⁷⁹ De voorzitter van het fonds, A.W. van Schaik, vond het NMG-streven *een aanslag op het ziekenfondswezen in 't algemeen, die we niet kunnen laten passeeren!* Hij verzocht de artsen van Ziekenzorg hun mening te geven.

Volgens hun woordvoerder Stants, een overtuigd sociaal-democraat, hadden zij allen overwogen lid te worden van de NMG omdat zij deze als hun vakvereniging beschouwden. Toch wilden de artsen eerst het besluit van het fondsbestuur horen. Stants verwoordde het dilemma van de sociaal-democratische artsen: volgens zijn principes stond hij aan de kant van de arbeiders en het bestuur van Ziekenzorg, maar het was voor hem ook een inkomenskwestie. Als de NMG uitsluitend de bedoeling had de macht zelf in handen te krijgen, dan zou hij geen lid worden van de Maatschappijafdeling. Hij had het partijbestuur van de SDAP al om advies gevraagd, maar geen antwoord gekregen.

J.F. ten Cate, collega van Stants en fervent anti-socialist, dacht dat de NMG-besluiten niet zo verstrekkend waren. De NMG-afdeling Utrecht had immers al jaren geleden bindende besluiten genomen en Ziekenzorg erkend. Ziekenzorg kon toch zijns inziens geen bezwaar hebben tegen de voorschriften voor de welstandsgrens en de voorgestelde maximering van de ziekenfondspraktijk tot 2.500 verzekerden. Volgens Ten Cate betekenden de bindende besluiten voor het Utrechtse fonds alleen maar vergroting van de artsenkeuze. Stants hoefde zich niet druk te maken. De nieuwe Maatschappijfondsen zouden voor Ziekenzorg geen concurrentie vormen.

Van Schaik kon zich wel vinden in de opvattingen van de NMG over de praktijkgrootte en de welstandsgrens. De opvattingen over de vrije artsenkeuze bij het fonds waren wel anders dan bij de NMG: bij Ziekenzorg moest iedere verzekerde ieder moment voor een andere, door Ziekenzorg gecontracteerde dokter kunnen kiezen. De NMG wilde dat alle artsen zich bij een fonds konden aanmelden, mits zij maar een goede naam hadden.

Stants vond de Maatschappijbesluiten, in tegenstelling tot Ten Cate, wel degelijk bindend en daarom gevaarlijk voor Ziekenzorg. De CO was direct na haar oprichting begonnen met lobbyen voor collectieve contracten en voor het oprichten van afdelingsfondsen. Ook de Utrechtse NMG-afdeling wilde alle fondsen in de CO-richting dwingen. Als hij NMG-lid werd, kwam hij in de problemen, want hij kon dan geen nieuwe patiënten meer aannemen. Zijn praktijk was volgens de normen van de CO te groot en werd geheel gevormd door Ziekenzorgverzekerden. De CO zou zelfs machtig genoeg kunnen worden om alle zelfstandige fondsen te kunnen vernietigen. Deze vormden immers geen enkele eenheid. Van Schaik merkte op dat bij een groot landelijk fonds, zoals door sommige NMG-leden wordt voorgesteld, de artsen niet alleen contributie zouden betalen aan de CO, maar ook gedwongen zouden worden hun honorarium te accepteren van een Centrale Kas. De artsen zouden dan niet meer met Ziekenzorg afrekenen, maar met de organisatie waarmee Ziekenzorg afrekende. Dit was in 1913 nog onvoorstelbaar.

Stants roerde op 30 juli de zaak weer aan.⁸⁰ Hij stelde voor contact op te nemen met ziekenfondsen in andere plaatsen *teneinde front te maken tegen het drijven der doktervereniging*, want het werd ernst met de NMG-plannen. Van Schaik wilde overleg met Ziekenzorg in Amsterdam en de Volharding in Den Haag om zowel tegen de regeringsvoorstellen voor de ziekwet als tegen de plannen van de NMG strijd te kunnen leveren. Hij was altijd van mening geweest, dat de wet-Talma de ziekteverzekering voor de arbeiders onvoldoende regelde en de combinatie ziekwet-NMG zou voldoende aanleiding kunnen zijn om de andere ziekenfondsen tot samenwerking te kunnen overhalen. Op 18 augustus werd aan de twee bevriende fondsen een uitnodiging gestuurd om in Utrecht te praten over maatregelen om weerstand te bieden tegen de NMG-besluiten.⁸¹

Deze bespreking werd gehouden bij Ziekenzorg met als resultaat dat op 4 november 1913 officieel De Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen werd opgericht, de eerste landelijke

ziekenfondskoepel.⁸² Deze Federatie was een samenwerkingsverband van negen onderling beheerde ziekenfondsen.⁸³

De Landelijke Federatie kwam niet uit de lucht vallen. De fondsen hadden in het verleden al eerder samengewerkt en voerden af en toe met elkaar overleg over praktische zaken als de oprichting van eigen apotheken en over tandheelkundige hulp. Het Amsterdamse Ziekenzorg had het Utrechtse Ziekenzorg in 1899 gesteund bij haar oprichting. De Federatie was niet groot, de aangesloten fondsen hadden bij elkaar 130.000 leden.⁸⁴ Toch werd zij de luis in de pels van de NMG. De oprichting werd door de pers met belangstelling gevolgd.⁸⁵ De fondsbesturen, grotendeels bestaand uit geschoolde arbeiders en leden uit de lagere middenklasse met een socialistische of vrijzinnig-democratische achtergrond, waren actief en kundig genoeg om de NMG van repliek te dienen.

Federatie contra Maatschappij; de sociaal-democratische artsen bij de ziekenfondsen

De eerste handeling van de Federatie was het sturen van een circulaire aan de vakbonden met een oproep tot financiële en morele steun voor het streven om de verworvenheden van de onderlinge ziekenfondsen te behouden.⁸⁶ De NMG en de NMP hadden zich volgens de Federatie door de economische toestand en de ontwikkeling van het ziekenfondswezen ontwikkeld tot vakverenigingen, die zich vierkant tegen de fondsbesturen opstelden. De schrijvers van de circulaire stelden dat de artsen- en apothekersorganisaties daartoe waren aangezet door de eisen die de wet-Talma aan de ziekenfondsen voor erkenning stelde. Zij waren het met die eisen niet eens.

De bestuursvoorwaarde uit deze wet was voor de onderlinge fondsen onverteerbaar: bij een evenredige samenstelling van 1/3 apothekers, 1/3 artsen en 1/3 verzekerden zouden volgens de Federatie de arbeiders altijd door de artsen en apothekers worden overstemd. De bindende besluiten van 1913 waren volgens de Federatie uitsluitend bedoeld om de medici in alle ziekenfondsen de baas te laten zijn. De onderling beheerde fondsen van de Federatie moesten zich te weer stellen tegen de artsen, die zich in het nauw gedreven voelden door een onverwachte machtswisseling in Den Haag.

De parlementsverkiezingen van 1913 hadden een overwinning opgeleverd voor de linkse groeperingen: de socialisten, de vrije liberalen, de Liberale Unie en de vrijzinnig-democraten. De SDAP weigerde echter regeringsverantwoordelijkheid en Cort van der Linden formeerde een extra-parlementair kabinet van linkse signatuur.⁸⁷ De vrijzinnig-democraat M.W.F. Treub werd benoemd als opvolger van Talma op Landbouw, Handel en Nijverheid. Treub was tegenstander van de opvattingen van Talma. Hij had tijdens de debatten over de ziektewet gesteld dat de arbeider altijd verzekerd hoorde te zijn van een behoorlijke geneeskundige behandeling en liet in de Troonrede van september 1913 aankondigen, dat de ziektewet zou worden aangevuld met een ziekteverzekering.

Deze wet zou voor de artsen minder gunstig kunnen uitvallen dan de plannen van Talma door het vervallen van de scheiding ziekenfonds-ziekenkas. De CO stuurde daarom een oproep aan de afdelingen om te proberen zo snel mogelijk Maatschappijfondsen uit de grond te stampen en de contributie aan de CO versneld te voldoen voor de vorming van een weerstandskas. De Federatiefondsen waren nogal beducht voor de financiële mogelijkheden van de artsen. Zij schatten de reserves van de Maatschappijfondsen en van de kas van de CO op f 1.000.000 en smeekten daarom de bonden en de arbeiders om financiële steun. De Federatie wachtte de reactie van de vakbeweging evenwel niet af, maar ging tot actie over.

De Federatie nam als openlijke oorlogsverklaring net als de NMG een bindend besluit: de bij haar aangesloten fondsen zouden niet meer zelfstandig over contractering met de artsen onderhandelen. De organisatie deed dit als koepelorganisatie, *omdat ook heeren medici alle voorschriften doen uitgaan van 't hoofdbestuur*.⁸⁸ De CO stuurde op haar beurt deze Federatiecirculaire door aan de NMG-afdelingen als waarschuwing wat de artsen te wachten stond, als deze zich niet solidair aansloten bij de op te richten afdelingsfondsen.

Het was allemaal smijten met modder. Om de NMG te prikkelen en in een poging om te zorgen voor voldoende artsen als het op een boycot aankwam, plaatste de Federatie landelijk een advertentie om fondsgeneesheren te vragen. Het hoofdbestuur van de NMG waarschuwde haar leden hier niet op in te gaan, maar bij een verzoek van een Federatiefonds te verwijzen naar de NMG.⁸⁹ Ook uit reacties in het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde bleek dat de artsen de oprichting van de Federatie als een gevaar beschouwden. De Rotterdamse arts J. Cahen betwijfelde of de artsen voor de strijd met de Federatie klaar waren.⁹⁰ Hun gelederen waren verdeeld in de volgende groepen:

- degenen die schouder aan schouder stonden voor een eensgezind optreden;
- de twijfelaars. Dit waren degenen met de grootste fondspraktijken. Zij wisten wel dat de CO het goede wilde, maar waren bang dat uit angst voor financiële schade niet alle artsen zouden meewerken;

- de onverschilligen. Zij beschikten over voldoende financiële middelen om zich over de zaak niet druk te maken;
- de pas afgestudeerde artsen, die nog geen lid waren van de NMG. Zij moesten zich door de financiële nood gedwongen of door *het sirengeluid van de fondsbesturen* verlokkt door persoonlijke contracten aan de fondsen verbinden.

De fondsen waren ook onzeker over het standpunt dat hun artsen zouden innemen. Het Ziekenzorgbestuur wisselde op 22 december 1913 met Stants en zijn collegae van gedachten over hoe zij als artsen en apothekers tegenover de Federatie stonden.⁹¹ Stants en de zijnen waren van mening dat medewerkers in een ziekenfondsbestuur geen overmacht hoefden te hebben. Volgens hen was de toestand voor de Federatiefondsen niet zo hopeloos als het leek. Het oprichten van de Maatschappijfondsen gebeurde niet om de andere fondsen leeg te pompen, maar om de belangen van de patiënten, artsen en apothekers beter te verdedigen.

De Federatie had de bij haar ziekenfondsen aangesloten medewerkers verboden voor CO-fondsen werkzaam te zijn. Stants vond dit niet verstandig, want de ziekenfondskoepel verspeelde daardoor veel sympathie bij het publiek en de pers. De Federatie moest blijven streven naar samenwerking met de CO en bereid zijn op plaatselijk niveau met de artsen voor collectieve overeenkomsten te onderhandelen. De NMG-afdelingen waren vaak toeschietelijker dan het hoofdbestuur, omdat het honorarium van de ziekenfondshuisartsen er direct mee gemoeid was. De CO zou op den duur wel bijdraaien. Veel artsen zouden uiteindelijk voor de CO bedanken als deze organisatie tegenover de ziekenfondsen onverzoenlijk bleek, want ze merkten dat direct in hun fondsportemonnee. De strijd van de CO ging volgens de sociaal-democratische artsen niet tegen de arbeidersfondsen, maar tegen de directiefondsen. Bovendien lagen de standpunten van de Federatiefondsen en de CO over de vrije artsenkeuze niet zo ver uit elkaar.

Stants drong aan op een verzoenende houding van de Federatie tegenover de CO en op NMG-afdelingsniveau te overleggen over de vrije artsenkeuze en contractonderhandelingen. Van Schaik zou hier op de Federatievergaderingen voor pleiten. Het bleef voor hem echter voorlopig onbespreekbaar dat Federatieartsen voor afdelingsfondsen mochten werken. De Ziekenzorgartsen mochten ook geen 2% van hun ziekenfondshonorarium als contributie betalen aan een organisatie, die de principes van Ziekenzorg bestreed.⁹²

Verzoening tussen de CO en de Federatie was dus nog niet mogelijk. De Federatie moest zich als belangenorganisatie nog bewijzen en de NMG was bezig met de opbouw van haar eigen ziekenfondsorganisatie. Door de oprichting van de Federatie kreeg de strijd tussen de NMG en de ziekenfondsen een ideologisch karakter. De Federatie was een bundeling van fondsen met een linkse, maar geen nadrukkelijke SDAP-achtergrond. Het Utrechtse Ziekenzorg was opgericht door de Christelijke Utrechtse Bestuurdersbond, zonder SDAP-verbindingen. Het bestuur verklaarde zich wel steeds nadrukkelijk voorstander van de klassenstrijd.⁹³ Het Amsterdamse Ziekenzorg had wel socialistische bindingen. De Amsterdamse arts A.R. Cohen, secretaris van de CO, verklaarde in januari 1914 tijdens een voorlichtingsvergadering over de ziekenfondsstrijd voor de afdeling Utrecht dat elk SDAP-fonds wilde *medebesturen en baasspelen*.⁹⁴ De NMG had godsdienst en politiek altijd vermeden, terwijl deze fondsen naast hun ziekenfondsbelangen wél politieke belangen hadden. Daarvoor mocht geen medicus zich laten gebruiken.

Voor de Maatschappij had dit onderscheid het voordeel dat zij zich kon afzetten tegen een duidelijk te definiëren groep. Voorheen vormden 'de ziekenfondsen' als vijand een heterogene, schimmige grootheid. De confrontaties met de Federatie nu waren een strijd met een vijand, die beschikte over kapitaal en mankracht, maar waar in de toekomst ook mee onderhandeld kon worden. Voorlopig was het nog vechten.

Klassenstrijd of christelijke verhoudingen?

De artsen reageerden verdeeld op de ontwikkelingen. De christelijke en rooms-katholieke artsen kwamen door dit vechten in gewetensproblemen. Het was in strijd met het verzuilde karakter van de Nederlandse samenleving, waar de antithese tussen christelijk en niet-christelijk overheerste en juist de overlegcultuur bepalend was voor de maatschappelijke ontwikkelingen. Tijdens een openbare vergadering van de Federatie op 24 maart 1914 in Alkmaar probeerde de rooms-katholieke arts A.C.A. Hoffman verzoenende woorden te spreken in de strijd tussen de NMG, de NMP en de arbeidersziekenfondsen.⁹⁵ Deze vergadering was in Alkmaar door de Federatie belegd als protest-meeting tegen de oprichting van het eerste NMG-afdelingsfonds. De Federatie probeerde als tegenzet een arbeidersfonds te organiseren. Hoffman, homeopathisch arts in Gouda, was uitgenodigd als vertegenwoordiger van de rooms-katholieke artsen.

Volgens Hoffman gaven de confessionele artsen de voorkeur aan een streven naar verzoening en herstel van de christelijke verhoudingen tussen artsen, apothekers, middenstanders en arbeiders. Tienduizenden katholieke arbeiders waren lid van de Federatiefondsen, terwijl het streven van de Nederlandse bisschoppen er juist op gericht was de Nederlandse katholieken in roomse verenigingen onder te brengen. Economische vraagstukken als de gezondheidszorg dienden volgens hen eerst in de eigen zuil als zedelijk probleem te worden bestudeerd, om daarna met handhaving van de eigen principes tot samenwerking met de andere zuilen te komen. De bisschoppen waren van mening dat dit ook voor de 400 katholieke artsen gold.

Deze artsen hadden in tegenstelling tot hun Franse, Engelse en Belgische collega's geen eigen vakbond en werden niet bijgestaan door een geestelijk adviseur. Indien dit wel het geval was geweest, dan was er overleg geweest met de katholieke middenstanders en arbeiders. Volgens Hoffman zou er dan geen klassenstrijd tussen de artsen en de ziekenfondsen zijn uitgebroken, zoals veroorzaakt door de houding van de algemene NMG-organisatie in 1912 en 1913. De NMG dreigde met haar houding de ziekenfondsen als arbeiderscoöperaties te verdringen. Het waren de arbeiders zelf, christelijk en niet-christelijk, die de onderlinge ziekenfondsen hadden gesticht en niet de artsen. Zowel de Maatschappijfondsen als de onderlinge fondsen, katholieke en niet-katholieke, konden uitstekend naast elkaar bestaan voor het doel waarvoor zij waren opgericht: een goede geneeskundige verzorging van de arbeider, goede arbeidsvoorwaarden voor de artsen en apothekers en verdringing van de directiefondsen. De *terroriserende bindende besluiten, niet eigen aan ons volkskarakter*, zowel van de Federatie als van de NMG, moesten worden ingetrokken. De door de NMG ingestelde boycot van Federatiefondsen werd door de christelijke artsen gehekel en al snel na de instelling genegeerd.⁹⁶

De NMG zelf bleek minder principieel. In haar afkeer van de Federatie had de CO al in juni 1914 haar houding tegenover de commerciële directiefondsen aangepast. Deze fondsen, met name het landelijk werkende Rotterdamsch Ziekenfonds, hadden opeens in hun contractvoorwaarden tegenover de NMG en de artsen een zeer welwillende houding ontwikkeld.⁹⁷ Dit hadden zij volgens Cohen uitsluitend gedaan om hun belangen te verdedigen. Omdat zij in sommige grotere en kleinere steden 90-95% van de ziekenfondsen vormden en tonnen aan salarissen uitkeerden, kwamen zij in de strijd tegen de Federatie goed van pas. Het Rotterdamsch Ziekenfonds was bereid voor alle plaatselijke vestigingen de premie op het niveau van de afdelingsfondsen te stellen en dezelfde honoraria te betalen. Het wilde contracten op NMG-voorwaarden aangaan en had de vrije artsenkeuze ingevoerd. Cohen verzocht de afdelingen waar het Rotterdamsch Ziekenfonds werkzaam was met het directiefonds een contract af te sluiten.

De CO had met deze manoeuvre de belangrijkste doelstelling van de NMG in de ziekenfondsstrijd gerealiseerd: de directeurs- of commerciële fondsen te dwingen de honoraria te verhogen en de vrije artsenkeuze te accepteren. Hierbij werd niet gesproken over de positie van de verzekerde, maar alleen over de artsenbelangen. Ironisch genoeg verdween hierdoor ook het belangrijkste motief voor de oprichting van de afdelingsfondsen als plaatselijk alternatief voor de niet-erkende fondsen. De bekroning van dit monsterverbond was de overeenkomst tussen de NMG en het Rotterdamsch Ziekenfonds in 1924, waarbij dit fonds landelijk de administratie van de Maatschappij- en de doktersfondsen van de Centrale Organisatie overnam.⁹⁸

Klassenstrijd of christelijke verhoudingen? Uiteindelijk overheerste bij de NMG het pragmatisme. De katholieke artsen zouden zich daarom een paar jaar later verenigen in de Rooms-Katholieke artsenvereniging.⁹⁹

De praktische uitwerking van de bindende besluiten in 1914: de leidraad

De bindende besluiten van 1912 en 1913 hadden het nodige stof doen opwaaien en onverwachte gevolgen gehad, maar het waren in feite voorschriften die nog praktisch moesten worden uitgewerkt. Het hoofdbestuur kwam daarvoor in juli 1914 op de Algemene Vergadering met een leidraad, die de besluiten samenvatte.¹⁰⁰ De belangrijkste punten uit deze leidraad waren:

- NMG-leden mochten zich individueel slechts aan nieuw opgerichte of door een ziektewet erkende ziekenfondsen verbinden, als deze voldeden aan de bepalingen van het bindende besluit van 1912;
- bij bestaande ziekenfondsen moesten de individuele arbeidsovereenkomsten worden vervangen door een collectieve overeenkomst met de NMG;
- bij het sluiten van deze collectieve overeenkomsten met ziekenfondsen of dergelijke rechtspersoonlijkheid bezittende personen werd vertegenwoordiging van artsen in het bestuur op prijs gesteld, maar niet als voorwaarde geëist.¹⁰¹

In de collectieve contracten moesten bepalingen worden opgenomen over:

- waarborging van een zo groot mogelijke vrije artsenkeuze;
- het recht van de NMG-afdeling eigen fondsen op te richten;
- de vaststelling en handhaving van een welstandsgrens;
- vrijstelling voor de artsen van de afgifte van arbeidsongeschiktheidsverklaringen voor hun ziekenfondspatiënten;
- de wijze van honorering, vaststelling van het bedrag van de honorering en waarborgen voor de uitkering ervan.

Het Hoofdbestuur hoopte dat met deze leidraad overeenstemming met arbeidersorganisaties en andere belanghebbenden bij het ziekenfondswezen mogelijk zou zijn, terwijl de behartiging van de belangen van de verzekerden en de artsen zou zijn verzekerd. De hoop op een relatie met de vakbonden en de onderlinge ziekenfondsen was vooral ingegeven door de angst, dat in de ziekwet-Treub alleen arbeidersfondsen toegelaten zouden worden.¹⁰² In tegenstelling tot in 1912 voelde de NMG zich sterk genoeg om met andersgezinde organisaties te onderhandelen. De artsen waren in juli 1914 een beetje over hun angst voor de sociaal-democratie en de onrustzaaiende woorden van Berdenis van Berlekom en van Heijermans uit 1912 heen.¹⁰³ De NMG wilde olie op de golven kunnen gooien en de strijd tussen artsen en ziekenfondsen verzwakken. Zij kon niet proberen haar wil aan alle betrokken organisaties en de overheid op te leggen en daarbij het risico te lopen een deel van haar leden te verliezen en haar doel voorbij te schieten.

De behandeling van de leidraad leidde tot uitvoerige discussies, waaruit bleek hoe de artsen zich de uitwerking van het contractstelsel op de verhouding met de ziekenfondsen en de vakbeweging voorstelden. Het succes van de contracten hing volgens de leden van de afdeling Amsterdam af van de machtspositie en de kracht van de contractpartners, zoals bij onderhandelingen over de collectieve arbeidsovereenkomsten tussen werkgevers en werknemers. De artsen moesten voor hun rechtspositie en arbeidsvoorwaarden net als werknemers optreden als collectiviteit. In dat geval zou bij overtreding of niet-nakomen van de overeenkomst net als bij de Wet op het Arbeidscontract de kantonrechter de overeenkomst kunnen ontbinden en hadden de artsen een grotere rechtszekerheid dan bij de individuele arbeidsovereenkomsten zoals tot dan toe.¹⁰⁴

De Kampense arts Koch was bang dat bij het afsluiten van de contracten iedere vier of vijf jaar opnieuw gekibbel tussen de fondsen en de artsen zou ontstaan, maar de Amsterdammer Heijermans sprak dit tegen. Hij vond dit minder bezwaarlijk dan een voortdurende principestrijd over de bestuursmacht. Een beetje ruzie over honoraria was geen bezwaar als door een contractstelsel de vrijheid en de onafhankelijkheid van de artsen, de vrije artsenkeuze en een behoorlijk honorarium waren geregeld. Artsen hadden dan niets meer te zoeken in de besturen van de arbeidersorganisaties. Beide partijen bleven ondanks alle tegenstellingen wel verantwoordelijk voor de goede medische verzorging van de arbeiders. De Landelijke Federatie had zich bereid verklaard de collectieve contracten te aanvaarden.¹⁰⁵

Berdenis van Berlekom wilde een gezonde concurrentie tussen de afdelingsfondsen en de contractfondsen. De NMG stelde door de contracten haar neutrale organisatie ter beschikking aan andere, bijzondere organisaties. Een bijkomend voordeel was volgens Berdenis van Berlekom dat de artsen niet zelf verantwoordelijk waren voor de uitbreiding van de geneeskundige hulp, want bij de afdelingsfondsen was al gebleken dat specialistische hulp voor de verzekerden niet te betalen was.¹⁰⁶ Dit kon ruzie geven tussen de huisartsen en de specialisten en dat zou de positie van de NMGodeloos verzwakken. In de contracten werd deze uitbreiding overgelaten aan de fondsen en de verzekerden zelf.

De clausules van de bindende besluiten van Den Haag en Breda met betrekking tot de vrije artsenkeuze en de bestuurssamenstelling en de welstandsgrens hadden uitsluitend betrekking op nieuw op te richten fondsen. Volgens Schreve zou het niet lang meer duren voor een nieuwe ziekwet het hele ziekenfondsbestel op zijn kop zou zetten. Tot die tijd moesten modelfondsen worden opgezet om in de verzekeringsbehoefte met plaatsen zonder goede fondsen te voorzien en moest met bestaande rechtspersoonlijkheid bezittende instellingen collectieve contracten worden gesloten. In Schreves visie droegen deze instellingen als ziekenfondsen, vakverenigingen op confessionele of neutrale grondslag of andere verenigingen door deze contracten de geneeskundige zorg over aan de NMG, die ze via haar leden beschikbaar stelde.¹⁰⁷ Hij hoopte dat hierdoor geen nieuwe arbeidersfondsen zouden worden opgericht.

Van Bruggen, secretaris-penningmeester van de CO, verwachtte evenals Schreve dat door het volgens de leidraad afsluiten van contracten de prikkeling tot verzet van de arbeidersorganisaties tegen de bindende besluiten zou afnemen en een strijd vanwege die bindende besluiten vermeden zou kunnen worden.¹⁰⁸ De weerstandskas van de CO bleek te klein om bij eventuele artsenstakingen 500

ziekenfondsartsen te kunnen steunen. De angst van de Federatie voor de financiële kracht van de CO was ongegrond.

De leidraad werd na deze discussies op 7 juli 1914 met algemene stemmen aangenomen. Het huishoudelijk reglement van de NMG moest door de nieuwe ziekenfondsmaatregelen worden aangepast. Volgens artikel 17 kregen NMG-artsen het recht, maar niet de plicht deel te nemen aan de afdelingsziekenfondsen en aan de contracten voor zover de werkkring van de arts zich uitstreckte over het gebied waar de gecontracteerde fondsen werkten. De leden mochten zich niet persoonlijk verbinden aan een instelling op ziekenfondsgebied, opgericht of gewijzigd na 1912, zonder goedkeuring van het Hoofdbestuur.¹⁰⁹

De gevolgen van de leidraad

De leidraad werd met de herziening van het huishoudelijk reglement in oktober gepubliceerd.¹¹⁰ De NMG had zich door haar opstelling met de collectieve contracten opnieuw zo pragmatisch mogelijk opgesteld om de belangen van haar leden zo goed mogelijk te behartigen.

De collectieve contracten boden een alternatief voor het succes of het falen van de afdelingsfondsen en bleken aantrekkelijk en noodzakelijk te zijn voor de commerciële en onderlinge fondsen. De fondsen moesten wel, want een ziekenfonds zonder medewerkers was geen fonds. De contracten vingen door hun regeling van de verhoudingen tussen de ziekenfondsen en de zorgaanbieders het gebrek aan ziekteverzekeringswetgeving op lokaal niveau gedeeltelijk op en zij zorgden voor rust in de landelijke verhoudingen tussen de NMG, de NMP, de vakbonden, de Federatie en later de rooms-katholieke ziekenfondsen. In 1922 waren contracten afgesloten in Appingedam, Den Haag, Leerdam, Utrecht, Amsterdam, Nijmegen, Zuid-Limburg en was de ziekenfondsstrijd in Deventer na vele jaren opgelost.¹¹¹

Het was voor de regeling van de ziekenfondsverzekering zeker geen volledige oplossing. De overeenkomsten waren alleen bindend voor de artsen en apothekers, verbonden aan de NMG en de NMP in de plaatsen waar zij werden afgesloten en waren niet van toepassing op andere terreinen van de gezondheidszorg als ziekenhuisverpleging, wijkverpleging en tandheelkundige en paramedische zorg. De NMP en de NMG gingen daarom een moeizame half-formele relatie aan in een poging te zorgen voor eenheid in het zorgverlenersfront. Buitenstaanders werden door deze organisaties gehokeld, maar het kon de ziekenfondsen niet verboden worden deze niet-leden een overeenkomst aan te bieden. De kracht waarmee de twee organisaties aan de ziekenfondsen hun wil konden opleggen, zou daarom afhangen van de hechtheid van hun samenwerking en van de interne verhoudingen.

2.4 Samenwerking en beroepsdifferentiatie bij de artsen en de apothekers

De artsen waren bij de ziekenfondskwestie niet de enige belanghebbende zorgaanbieders. De apothekers wilden ook hun deel van de ziekenfondshonoraria en een aandeel in de bestuursmacht. Wilden deze groepen samenwerken en op welke manier? Bij de beantwoording van deze vragen bleek de verdeeldheid bij de NMG, vooral door de groeiende tegenstellingen tussen de huisartsen en de specialisten.

Een huwelijksaanzoek; de eerste samenwerking van de NMP en de NMG

De NMP had in 1912 als reactie op de initiatieven van de regering en de algemeen bindende besluiten van de NMG in overleg met de artsenorganisatie zelf ook bindende besluiten voor het medewerkerschap bij ziekenfondsen genomen.¹¹² Deze besluiten betroffen net als bij de NMG de erkenning van ziekenfondsen, honorariumregelingen en de bestuurssamenstelling. NMP-apothekers mochten zich niet verbinden aan nieuw op te richten ziekenfondsen zonder goedkeuring van het hoofdbestuur, dat daarvoor eerst de statuten en reglementen van deze fondsen wilde beoordelen.

Een voorbeeld voor de toepassing van de NMP-besluiten was het geval van apotheker G. Blommenstein uit Nijmegen. Deze was medewerker bij het Nijmeegse ziekenfonds Steunt Elkander dat wel vrije artsenkeuze, maar geen vrije apothekerskeuze had. Hij wilde in 1913 weten of hij als NMP-lid wel voor dit fonds kon werken.¹¹³ Het hoofdbestuur antwoordde hem dat in de statuten van een erkend fonds bepalingen moesten staan betreffende het verzekeringsgebied, de welstandsgrens, de rechten en plichten van de verzekerden, het maximum aantal verzekerden per praktijk, de rechten en plichten van de artsen, de apothekers, de vroedvrouwen en de verplegenden en de bestuurssamenstelling. Een apotheker mocht maximaal 6.000 ziekenfondsverzekerden inschrijven.

De NMP sprak zich uit voor beperkte vrije artsen- en apothekerskeuze. Een fonds moest over minimaal 2 artsen en 2 apothekers beschikken, met vrije keuze van de medewerker voor de verzekerde. Voor de apothekers was de eis van de onbeperkte vrije artsen- of apothekerskeuze minder belangrijk dan voor de NMG. De verzekerden hadden geen persoonlijk contact met de apotheker, terwijl de apothekers voor hun nering afhankelijk waren van de voorschriften van de geneeskundigen. Het NMP-bestuur deed geen keuze voor een honorariumsysteem: de apotheker kon worden betaald per verrichting of per lid, maar hij diende wel volgens een vast tarief een vergoeding te krijgen voor de door hem geleverde medicijnen. De apothekers sloten zich aan bij de eisen, geformuleerd in de wetsontwerpen van de afgelopen jaren en in de besluiten van de NMG.

Wat Blommenstein aan de opmerkingen over het standpunt van de NMP over de ziekenfondsen had, bleef onbekend. Hij kreeg uiteindelijk geen antwoord op zijn vraag: of hij nu wel of niet voor het Nijmeegse fonds mocht werken.

De NMP had op advies van het Hoofdbestuur van de NMG in 1913 het Centraal Bureau voor Ziekenfondszaken opgericht.¹¹⁴ Dit Bureau werkte op het plaatselijk niveau samen met de NMG-afdelingen. Daarbij bleek dat de apothekers bang waren dat zij door hun afhankelijkheidspositie van de artsen bij de contractonderhandelingen tekortgedaan zouden worden.¹¹⁵ Deze angst was terecht. Hoewel het NMG-bestuur van mening was dat bij een ziekewet alle belangen, ook die van de apothekers, verdedigd moesten worden, constateerde Schreve in april 1915 dat men moest oppassen met de relatie met de NMP.¹¹⁶ De belangrijkste geschilpunten waren de honorariumverdeling en de invloed van de apothekers op de Maatschappijfondsen.

De hoofdbesturen van de maatschappijen waren in 1913 op verzoek van de NMP gestart met onderhandelingen over een overeenkomst om de verhoudingen in ziekenfondszaken te regelen. Het wederzijds wantrouwen bleek al snel. De apothekers waren bang dat door de leidraad op de Bredase besluiten van de NMG hun belangen bij het sluiten van de collectieve contracten onvoldoende werden gewaarborgd; de artsen zouden te veel op hun eigen zaakjes letten.¹¹⁷ Een bemiddelingscomité stelde daarom een arbitragecommissie voor de oplossing van eventuele geschillen voor, maar dit ging het Hoofdbestuur van de NMG te ver. Dit zou zich daardoor te beperkt voelen bij het afsluiten en nakomen van de collectieve contracten en bij het reilen en zeilen van de Maatschappijfondsen.

Uiteindelijk werd een compromis bereikt. De besturen waren van mening dat een dergelijke overeenkomst pas goed zou werken als er globaal overeenstemming zou worden bereikt over de honorering van de huisartsen en de apothekers bij de afdelingsziekenfondsen, de bijzondere ziekenfondsen en de collectieve contracten.¹¹⁸ Zij stelden daarom de algemene praktijkregeling van 3/8-5/8 voor, waarbij de honorering van de specialisten buiten beschouwing zou blijven.¹¹⁹

Sommige artsen waren het met de honorariumverdeling niet eens. Een specialist uit Breda kwam te pas en te onpas bij zijn plaatsgenoot apotheker Wetselaar met de vraag aandrigen waarom de apothekers zo veel kregen.¹²⁰ Het NMP-bestuur verwees naar de historische verdeling bij het ziekenfonds AZA uit 1847, waar de apothekers ook 3/8, de artsen 3/8 en de chirurgen 2/8 kregen. Dat de medici in 1915 de 3:5-verhouding ongunstig zouden vinden was in strijd met de zienswijze van hun collega's uit vroeger tijden. Toen waren de arts en de apotheker mensen van *gelyke maatschappelyke standig, die beiden tegen verminderd tarief hun diensten bewezen ten behoeve van de mindervermogenen*.

Gelijk honorarium voor huisartsen en apothekers zou ook nu nog het billijkste zijn. De apothekers namen dus juist als concessie genoegen met minder, omdat de huisartsen en de specialisten het honorarium van de medici moesten delen. Dit kon alleen worden opgelost door een hogere contributie van de verzekerden of door de acceptatie van het wetsontwerp-Treub, waar de specialistenkosten werden verrekend voor de uitkeringen aan de huisartsen en de apothekers.

De hoofdbesturen van de NMP en de NMG stelden een ontwerpovereenkomst op, die zij in 1915 aan de Algemene Vergaderingen van hun organisaties voorlegden.¹²¹ Volgens deze overeenkomst zouden beide partijen zich verbinden samen te werken bij de ontwikkeling van Maatschappijfondsen. Zij zouden hun leden volgens de NMG-besluiten van 1913 verbieden deel te nemen aan niet-erkende fondsen. De NMG mocht alleen met instemming van de NMP collectieve contracten sluiten en voor de verstrekking van erkenningen voor nieuwe of gereorganiseerde ziekenfondsen moest overleg worden gepleegd met de NMP. Beide organisaties verdedigden de vrije artsen- en apothekerskeuze.

De NMG was volgens deze overeenkomst de actievare organisatie tegenover de ziekenfondsen, maar kreeg de meeste beperkingen opgelegd. Zij verbond zich feitelijk aan de wil van de NMP, doordat afsluiting van de collectieve overeenkomsten en de oprichting van de Maatschappijfondsen alleen met instemming van de apothekersorganisatie kon gebeuren. De apothekers kregen voor het eerst in hun relatie met de artsen duidelijk omschreven rechten en plichten. Het waren echter de eigen keuzes van het NMG-hoofdbestuur, dat deze voorstellen grotendeels zelf aan de NMP had gedaan.¹²²

Het huwelijksaanzoek mislukt

De Algemene Vergadering van de NMG verwees de overeenkomst tijdens felle discussies op 5 en 6 juli 1915 naar de prullenmand. Het was een bekend verhaal: op lokaal niveau werkten de artsen en apothekers in ziekenfondskwesties samen, maar als deze samenwerking op landelijk niveau formeel bekrachtigd kon worden speelden de ideologische opvattingen van de artsen over de beroepsuitoefening de boventoon.

Voor sommige artsen waren er principiële verschillen tussen de vrije artsenkeuze en de vrije apothekerskeuze.¹²³ Vrije apothekerskeuze was een apothekersbelang, geen medisch belang. De huisarts liet zijn werk niet over aan een assistent, terwijl een apotheker meerdere zaken op zijn naam kon hebben en recepten door zijn personeel liet aanmaken. De verhouding van de apotheker met de verzekerden werd bepaald door de loopafstand van het huis van de verzekerde naar de *geneesmiddelenwinkel*. De relatie met de huisarts hing daarentegen af van medische en sociale aspecten. Niemand zou zich druk maken over de eis van de apothekers dat zij het zelfstandig en onafhankelijk beheer over hun apotheek moesten voeren.¹²⁴ De NMG moest weer de leiding nemen in de ziekenfondsstrijd.

Veel leden hadden moeite met de rechten, die de apothekers in de besturen van de Maatschappijfondsen kregen. In feite werden de apothekers door hun deelname in de besturen van deze fondsen mede-eigenaar, terwijl de artsen de initiatiefnemers waren en door hun contributie aan de CO er hun geld in staken. Volgens de Utrechtse arts Schuckink Kool had de NMG de huisartsen en specialisten als groepen in de besturen moeten opnemen en niet de apothekers.¹²⁵ Als in de nabije toekomst de relatie huisartsen-specialisten-ziekenfondsen vastgesteld zou moeten worden, dan moest daar eerst met de apothekers en de verzekerden over worden gesproken. De artsen waren dan niet eens meer baas in eigen fonds! De NMP was tot overmaat van ramp ook nog bezig met de voorbereiding van een wetsvoorstel, waarbij de belangen van de apotheekhoudende huisartsen op het platteland op het spel stonden.

Schreve probeerde de overeenkomst zonder succes te verdedigen.¹²⁶ Hij stelde dat voor de goede geneeskundige verzorging van de minvermogenen een goede farmaceutische stand nodig was. De artsen waren daarvoor ook verantwoordelijk. Als de NMG contracten voor uitsluitend geneeskundige hulp zou afsluiten, dan zouden de ziekenfondsen zelf voor farmaceutische hulp gaan zorgen en centrale apotheken in eigen beheer oprichten. Het bestaan van de vrije NMP-apotheken kwam daarmee in gevaar. Hij wilde een overeenkomst met de apothekersorganisatie om problemen

bij de afdelingsziekenfondsen te voorkomen. Niet dat de NMG nu zo'n succes had met deze fondsen, want in 1915 waren er pas tien opgericht.

Het pleidooi van Schreve had geen succes. De Centrale Commissie voor Beroepsbelangen, de CvB, diende twee moties in waarin het hoofdbestuur gevraagd werd de overeenkomst in te trekken, maar verzocht wel met de onderhandelingen met de NMP door te gaan.¹²⁷ Deze moties werden aangenomen.

Deze uitspraak van de Algemene Vergadering was niet onverwacht, want de afdelingen hadden de overeenkomst al eerder besproken. De afdeling Utrecht had zich in de vergadering van 25 juni al uitgesproken tegen de plannen van het hoofdbestuur. Professor Kouwer, de voorzitter, had zich daarbij afgevraagd of de ziekenfondsactie niet zonder de hulp van de apothekers gevoerd kon worden.¹²⁸ De Utrechtse afgevaardigde stemde dus op de Algemene Vergadering tegen.

Er waren op dat moment bij de NMG twee partijen: het hoofdbestuur en de CO, die met de NMP hadden onderhandeld en de NMP ook in de ziekenfondskwestie hadden geadviseerd versus de CvB en de meerderheid van de Algemene Vergadering, die tegen een te vergaande verbintenis met de NMP waren. Het hoofdbestuur en de CO konden echter niet anders dan de NMP inlichten.

De NMP was teleurgesteld, maar bleef bereid tot overleg. Voor haar bleef de eis van vrije apothekerskeuze noodzakelijk, maar zij wilde niet meer meewerken aan de oprichting van afdelingsziekenfondsen. Zij gaf haar leden alleen nog maar toestemming samen te werken met artsen om op plaatselijk niveau ziekenfondsen op te richten teneinde als *goede kooplieden met de geneeskundigen samen te werken, waar voor hen eenig voordeel te halen is*.¹²⁹ De weg naar nieuwe Maatschappijfondsen leek door de houding van de Algemene Vergadering van de NMG geblokkeerd.

Artsen en apothekers: geen huwelijk maar een LAT-relatie

Toch waren de georganiseerde artsen tot samenwerking gedwongen. De NMG had met haar ziekenfondspolitiek een hele grote knuppel in het hoenderhok gegooid en de ziekenfondsen werden onrustig. De onderlinge ziekenfondsen werden gesteund door de Federatie bij het recruterende van medewerkers zoals in Deventer, waar het Ziekenfonds voor de Arbeidende Stand met hulp van de ziekenfondskoepel niet-NMG artsen wist te contracteren. De NMG moest hard onderhandelen met de fabrieksdirecties van Stork, Philips, over het Zieken- en Ondersteuningsfonds van de Spoorwegen en het Mijnerwerkersziekenfonds.

Een testcase was het in 1914 gestichte Alkmaarse Federatiefonds Ziekenzorg. De NMG-afdeling wist in samenwerking met de apothekers het fonds zo onder druk te zetten dat de aangetrokken arts onvoldoende inkomsten uit diens ziekenfondspraktijk kreeg en het al snel opgaf. Daarbij bleek geen enkele specialist zich aan het fonds te willen verbinden.¹³⁰ De Federatie moest te veel geld in het fonds steken om het in stand te houden en de verwachting bij de NMG was, dat de Ziekenzorgleden zich weer bij hun oude artsen en het Maatschappijfonds zouden melden. Dit gebeurde ook.

Tuchtmaatregelen waren voor de NMG het belangrijkste middel om haar leden tegen te houden medewerking te verlenen aan vijandelijke ziekenfondsen. Geld was belangrijk. Op de Buitengewone Algemene Vergadering van 28 en 29 april 1915 werd gedebatteerd over de invoering van boetes tot f 1.000, maar de afdeling Amsterdam vond dit een lachertje.¹³¹ Een straf van f 10.000 was nodig als Maatschappijleden zich aan een vijandig fonds verbonden. Dit fonds zou voor deze artsen bij te lage straffen de boetes aan de NMG betalen en hen daarmee aan zich verplichten. Volgens Schreve waren het niet de jonge collegae, die zich als handlangers aan verkeerde fondsen verbonden, maar de artsen die al acht jaar of langer praktijk hielden en niet naar hun zin geslaagd waren. Deze dachten daarmee een beter bestaan te verwerven. Hoge boetes zouden preventief werken en het Amsterdamse idee werd aangenomen, temeer omdat de NMP in Wageningen met een boete van f 4.000 een dissidente apotheker succesvol had afgestraft.

De samenwerking met de NMP bleef bij de CO hoog in het vaandel staan in de strijd tegen de Federatie en voor de verdediging van de gemeenschappelijke belangen. In het huishoudelijk reglement van de NMG was overleg met het Centraal Bureau juist opgenomen als middel om de doelstellingen van de CO te realiseren, met als belangrijkste oogmerk de oprichting van Maatschappijfondsen.¹³² De CO wilde toestemming voor de oprichting van plaatselijke ziekenfondsen door samenwerking van de lokale artsen en apothekers. Deze fondsen zouden dan later kunnen worden omgezet in afdelingsfondsen.¹³³ Dit idee werd overgenomen door het hoofdbestuur en in overleg met het hoofdbestuur van de NMP uitgewerkt.¹³⁴ Als toelichting werd door het NMG-bestuur gegeven dat bij onderhandelingen met de NMP een *algemeen samenstel van enkele voornaamste beginselen en bepalingen, waaraan beide hoofdbesturen bij het overleg en de*

samenwerking gebonden worden beter zou werken dan een gedetailleerd contract. De plaatselijke verhoudingen tussen de artsen en apothekers waren overal goed en de beide besturen wilden in deze verstandhouding maar niet verder ingrijpen dan wenselijk was.

Deze pragmatische benadering werd in de afdelingen wel geaccepteerd, zij het met een paar kanttekeningen. De artsen waren nog steeds bang dat zij in de afdelingsfondsen te weinig bestuurlijke macht zouden krijgen. Apothekers bleven medegerechtigd om in ziekenfonsaangelegenheden te beslissen en konden in hun eigen belang verbeteringen voor verzekeren en artsen tegenhouden.¹³⁵

De samenwerking werd in 1919 door de Centrale Organisatie en het Centraal Bureau geformaliseerd.¹³⁶ Zij kwamen overeen dat bij onderhandelingen met de ziekenfondsen over honoraria geen vaste verhoudingen meer gehanteerd zouden worden. Honorariumeisen zouden worden gebaseerd op plaatselijke berekeningen en de artsen en apothekers moesten hierbij overleggen om te verhinderen dat te hoge eisen een beletsel zouden vormen voor elkaars wensen. Het Centraal Bureau verklaarde zich bereid mee te werken aan de oprichting van NMG-afdelingsziekenfondsen. De CO zou dan wel moeten aantonen dat de Maatschappijfondsen zelfstandige instellingen zouden zijn, waarin de apothekers even grote zeggenschap zouden hebben als de geneeskundigen.

De verhouding tussen de NMG en de NMP als koepels voor de artsen en apothekers in ziekenfondskwesties was hiermee voorlopig geregeld. Het was een tamelijk vrijblijvende intentieverklaring tot samenwerking, maar het kon blijkbaar niet anders. De NMG-artsen stonden tweeslachtig tegenover de NMP-apothekers. Enerzijds werd geringschattend over de NMP en haar leden gesproken als een reactionaire club, die zich niet moest profileren als *een handelsvereniging*, maar zich moest inzetten voor de apotheker als *wetenschappelijke ambtenaarscarrière*. Bij de artsen bleef het idee van de apotheker als kruidenier leven. Anderzijds waren de artsen zich bewust van de noodzaak tot samenwerking voor de verdediging van hun eigen belangen in de ziekenfondskwestie tegenover de Federatie van de onderling beheerde ziekenfondsen en de overheid en voor de zaak waar het eigenlijk om draaide: de goede geneeskundige verzorging voor de minvermogenden. Dat de NMG de relatie met de andere koepel afhankelijk moest laten van lokale ontwikkelingen en niet in staat was als corporatieve organisatie een eenduidige centralistische regeling te treffen, hing niet af van het tegenspel van de NMP, maar van de eigen onmacht, veroorzaakt door de interne verdeeldheid. Dit betekende voor de ziekenfondsen, dat de artsen en apothekers wel een vuist konden maken, maar deze was onvoldoende sterk om de ziekenfondskwestie op nationaal niveau naar hun hand te zetten. De relatief kleine Federatie was de luis in hun pels.

De NMG had geluk. De regering-Cort van der Linden nam het initiatief tot een ziekteverzekeringwet die tegen de zin van de NMG was, maar de verantwoordelijke minister Treub trad echter op 28 januari 1916 af voordat deze wet in de Kamer werd behandeld. De regering had het verder te druk door de oorlogsomstandigheden, de voorbereidingen voor de kiesrechtvernieuwing en de Pacificatie om aan sociale verzekeringwetgeving toe te komen. Dit gaf de artsen respijt om te proberen orde op eigen zaken te stellen en zij kregen met de ziekenfondsen de tijd om te trachten door middel van de collectieve contracten en nieuwe Maatschappijziekenfondsen de ziekenfondskwestie te regelen.

De bestuurlijke geschillen bij de NMG

Dit respijt hadden de NMG-artsen wel nodig. Interne problemen bij de artsenorganisatie hadden onvermijdelijk gevolgen voor de relatie van de artsen met de ziekenfondsen. De NMG was in 1915 bestuurlijk een historisch gegroeide chaos.

Ten eerste was er noch door het hoofdbestuur, noch door de leden in een Algemene Vergadering ooit een definitieve uitspraak gedaan over het karakter van de Maatschappij: was het een beroepsorganisatie, die de zakelijke belangen van de leden moest behartigen of een sociale club?

Ten tweede was het hoofdbestuur overbelast. Bestuurders als Schreve, Sikkels, Van Bruggen en Koch hadden naast hun NMG-taken vaak ook nog een praktijk, terwijl het bestuurderschap veel tijd eiste en door de beroepsmatige en maatschappelijke ontwikkelingen steeds zwaarder werd. Het Hoofdbestuur trad te centralistisch op, omdat het door alle interne twisten en maatschappelijke druk de eenheid in de Maatschappij trachtte te bewaren. Het probeerde daarom alle beslissingsbevoegdheden die niet bij de Algemene Vergadering lagen naar zich toe te trekken.

De CO mocht in geen enkele ziekenfondskwestie zelfstandige besluiten nemen. Belangrijke organen als de Commissie voor Beroepsbelangen en het Centraal Comité tot behartiging van het Ziekenfonswezen waren slechts adviesorganen. De leden van het Hoofdbestuur verdronken in de

details, omdat zij zich moesten bezighouden met allerlei onderhandelingen en geschillen. De structuur van het bestuur kwam ook steeds meer ter discussie. De leden werden districtsgewijs verkozen en het bestuur probeerde als eenheid boven de partijen te staan, terwijl groeperingen als de CO, de specialisten en de huisartsen in het bestuur eigen afgevaardigden wilden.

Ten derde waren er te veel commissies, waarvan de werkgebieden bijna hetzelfde waren of elkaar sterk overlaptten. Tussen de drie genoemde commissies bestond grote rivaliteit. Het Centraal Comité legde als eerste het loodje in de strijd. Het Comité had zich sinds zijn oprichting weinig krachtdadig getoond, liet in de periode 1911-1913 nauwelijks van zich horen en werd door het bestuur van de CO steeds in de wielen gereden. Dit was onvermijdelijk, omdat het van begin af was opgezet als adviesorgaan zonder bevoegdheden, terwijl de CO een duidelijke taak had.

Vooraf de afdeling Rotterdam maakte zich daar tijdens de Algemene Vergadering in april 1915 kwaad om.¹³⁷ Rotterdam eiste in plaats van het Comité drie ziekenfondsartsen in het hoofdbestuur, niet alleen om dit te ontlasten, maar ook om de belangen van de bij het fondswezen betrokken artsen beter te behartigen. Het bestuur toonde zich allerminst blind voor de strijd tussen Comité en Organisatie, maar was mordicus tegen de Rotterdamse gedachte. Het had zich op het standpunt gezet dat de NMG wel werkcommissies had zoals het bestuur van de CO, maar geen commissies met een besturende taak. Koch sprak zich als hoofdbestuurder uit tegen een groepsvertegenwoordiging van ziekenfondsartsen in het hoofdbestuur, maar wilde de ziekenfondsartsen binnen het grotere verband van de NMG in een vakvereniging verbonden zien zoals de Duitse artsen in het Leipziger Verband.¹³⁸ Als de ziekenfondsartsen een eigen vertegenwoordiging in het bestuur kregen, dan zouden andere groepen als de specialisten dat ook willen met grote verdeeldheid als gevolg.

Zijn collega Sikkel, de toenmalige voorzitter, was het niet met hem eens.¹³⁹ De ziekenfondsartsen moesten juist een vertegenwoordiging hebben, want zij vormden in de Maatschappij de grootste groep met de zwaarste belangen. Hij was van mening dat de NMG beter de natuurlijke ontwikkelingen binnen de beroepsgroepen kon volgen, dan kunstmatig principes te handhaven. Dit was volgens hem de beste manier om de eenheid binnen de NMG te handhaven en versnippering van krachten tegen te gaan. Sikkel stond met deze visie in het hoofdbestuur alleen, ook Schreve sprak hem tegen.¹⁴⁰ Volgens Schreve waren er te veel groepen binnen de NMG om ze allemaal een vertegenwoordiging in het hoofdbestuur te kunnen geven.

Cohen, de voorzitter van de CO, won uiteindelijk het pleit met een motie om het Centraal Comité op te heffen.¹⁴¹ De CO had in alle afdelingen eigen vertegenwoordigers en kreeg alle steun. Cohens motie werd gesteund. Het Comité werd als eerste NMG-ziekenfondsorgaan ten grave gedragen.

Deze stroomlijning van de ziekenfondscommissies betekende niet dat de bestuursstructuur van de NMG vereenvoudigd werd. Terwijl de ene commissie opgeheven werd, wist de andere doelgroep zijn positie te versterken. De specialisten voelden zich bij de NMG nog steeds niet voldoende als beroepsgroep erkend en zij wilden hun belangen bij de ziekenfondspraktijk verdedigd zien, vooral met betrekking tot de verwijzing en hun honorarium.

De Rotterdamse en Amsterdamse specialisten waren het meest militant. De Amsterdamse specialisten, geleid door hun voorman Brongersma, wilden al in 1912 een Centrale Vertegenwoordiging voor de Specialisten, een CV. Zij kregen pas op de opheffingsvergadering van het Centraal Comité in april 1915 hun zin: een commissie van drie leden, de CV, waarvan de voorzitter met een adviserende stem de vergadering van het hoofdbestuur zou bijwonen. Ziekenfondsartsen kregen geen bestuursvertegenwoordiging, de specialisten dus ook niet. Het probleem van de drie commissies was dus niet opgelost: het Comité ging, de CV kwam.

De specialisten- en huisartsenkwestie en de ziekenfondsbelangen

De wensen van de specialisten waren met de CV ook nog niet vervuld. Hun ziekenfondshonorarium bleef een heet hangijzer.

De specialist Van der Hoeven Leonhard fulmineerde in het NTVG van 26 juni 1915 over de lage uitkeringen op de ziekenfondsmaandkaarten.¹⁴² Van der Hoeven Leonhard wilde het volgens hem obsoleete waandenkbeeld bestrijden dat een specialist meer verdiende dan een Amsterdamse huisarts met een volledige ziekenfondspraktijk. Deze verdiende per uur ziekenfondsarbeid *f* 3 - *f* 3,50, terwijl een keelarts na aftrek van onkosten en op grond van de door hem overgelegde maandkaarten *f* 1 per uur overhield. Hiervoor moest de specialist het aantal patiënten tot een maximum per dag opvoeren en het vermoeiende polikliniekwerk, waar de minvermogene patiënten behandeld werden, in de kortst mogelijke tijd afmaken. Persoonlijk had Van der Hoeven Leonhard als KNO-arts in twee verschillende jaren ongeveer *f* 1,75 per uur verdiend. De prijs van de maandkaart moest volgens hem worden verhoogd.

Volgens de huisarts Pinkhoff was de berekening van f 3 per uur verkeerd. Het bedrag moest worden gebaseerd op een gemiddelde ziekenfondspraktijk, waarbij de arts voor de opbouw van zijn praktijk spreekuren moest houden en visites heeft moeten afleggen voor f 2 tot f 3 per dag. Hiermee zette Pinkhoff de teneur voor de honorariumeisen van de ziekenfondsartsen voor de komende jaren. Het moest duidelijk zijn dat de beloning voor het ziekenfondswerk onvoldoende was, terwijl de premies al 70 jaar stabiel waren. Als de minvermogende de noodzakelijke contributie voor een goede geneeskundige hulp niet kon betalen, dan moest de Staat bijpassen en dit niet langer aan de artsen overlaten.

De honoraria van de huisartsen en de specialisten konden dus moeilijk worden vergeleken en waren de oorzaak van grote ruzies. Het was voor specialisten nauwelijks mogelijk een ziekenfondspraktijk op te bouwen. In 1909 verklaarde de NMG nog dat een specialist geen gewone praktijk, laat staan een ziekenfondspraktijk kon hebben.¹⁴³ Zelfs in een stad met een academisch ziekenhuis als Utrecht bleek dit niet mogelijk. De samenwerking tussen huisarts en specialist bij de behandeling van de ziekenfondspatiënt was in 1911 nog niet geformaliseerd. Deze hing af van de huisarts, de aard van de aandoening en van het specialisme. In Utrecht werd het spreekuur van de specialist als vrij toegankelijk beschouwd. Patiënten moesten zelf kunnen kiezen, ook in de raadpleging van een second opinion.¹⁴⁴ Specialisten hadden volgens de bindende besluiten van 1912 en 1913 en volgens de reglementen van de afdelingen wel dezelfde rechten als huisartsen om zich aan erkende ziekenfondsen te verbinden.¹⁴⁵ De CO zou hierbij hun belangen moeten behartigen.

De specialisten voelden zich echter onvoldoende gesteund, ondanks CO en CV en ondanks hun financiële bijdragen aan deze commissies. De Amsterdamse en Rotterdamse specialisten weigerden deze te betalen en dreigden verschillende malen uit de NMG te stappen. Vooral het hoofdbestuur kreeg het verwijt, dat het hen te weinig steunde. In het ontwerpziektewet-Treub waren een paar specialismen erkend als verplichte specialismen en werden andere vrijgelaten.¹⁴⁶ De CV vond dat het hoofdbestuur zich hiertegen had moeten verzetten. Volgens het hoofdbestuur zouden specialismen in de ziekenfondspraktijk vanzelf erkenning krijgen, maar wel met een rem *tegenover de grenzeloze neiging van het publiek, dat altijd meent bij een specialist het best terecht te zijn en daarom gaat men liever naar een specialist, die geen dokter is, dan naar een gewone huisarts.*

De ziekenfondsverzekerde kon zich in deze tijd op drie manieren bij de specialist aanmelden:¹⁴⁷

- volgens het bekende en meest gebruikte systeem van de maandkaarten. Dit was voor de ziekenfondsverzekerde het meest nadelige systeem, want het ophalen van het verwijsbriefje moest hij meestal onder werktijd doen en hij moest vaak de kosten van de maandkaart voorschieten. De meeste werkgevers betaalden de niet-gewerkte tijd niet uit.

- volgens de *vrije loop*, het recht van de patiënt om zich naar eigen inzicht, zonder voorkennis tot de huisarts te wenden. Dit was voor de huisarts het meest voordelige systeem, want hij had er het minste administratieve werk aan;

- de *vrije loop met rem*. De verzekerde betaalde bij ieder bezoek een eigen bijdrage. Dit systeem bleek bij de Haagse ziekenfondsen goed te werken. De verzekerden bleven in het nadeel, want zij hoefden geen tijd te besteden aan het halen van een verwijskaart, maar betaalden een eigen risico. Of dit eigen risico van invloed was op de frequentie van het specialistenbezoek was helaas niet te controleren.

De specialisten stonden bij ieder systeem zwak, want zij pasten niet in het abonnementshonorariumstelsel van de ziekenfondsen. Voor de ziekenfondsadministratie vormden zij bij ieder van de drie methoden een ongelimiteerde post.¹⁴⁸ Het gevolg was dat de meeste specialisten te lage honoraria kregen om uit de kosten te komen. De hoofdaanleiding voor de specialistenbeweging was en bleef de slechte positie tegenover de ziekenfondsen.

Ziekenfondsbelangen, specialisten, huisartsen en de eenheid binnen de NMG

Het hoofdbestuur wilde in mei 1918 tijdens een Algemene Vergadering opnieuw aan de wensen van de specialisten tegemoetkomen om de eenheid in de gelederen te bewaren. Het wilde een organisatie voor de specialisten oprichten, waarbij het lidmaatschap voor alle NMG-specialisten verplicht was, maar tegelijk voorkomen dat ook de huisartsen dergelijke eisen stelden. Deze werden voldoende vertegenwoordigd door de CO.¹⁴⁹

De specialisten, vooral die uit de grote steden, bleken vijandig tegenover de huisartsen te staan. Zij waren bang om tijdens de Algemene Vergaderingen en in de CO te worden overstemd door de huisartsen. In 1917 waren er in Nederland 600 specialisten op 1.500 ziekenfondshuisartsen. In steden als Rotterdam was er een felle concurrentie om de verzekerde met een gemiddelde van 2,5 huisarts op 1 specialist.¹⁵⁰ Het hoofdbestuur wilde voorkomen dat alle NMG-specialisten zouden

toetreden tot een organisatie, waar een *militante minderheid*, de specialisten uit de grote steden, de dienst zou uitmaken. Deze vertegenwoordigden een derde van de specialistenbelangen, terwijl de specialisten *in de periferie harmonieus samenleven met de ziekenfondsgeneesheeren* en van die strijd weinig merkten.¹⁵¹ De scheiding tussen de specialisten uit Amsterdam, Rotterdam en de rest van Nederland was duidelijk.

Als de ziekenfondshuisartsen zich ook afzonderlijk zouden organiseren, dan zouden zij te veel eisen stellen voor hun zelfstandigheid. Daardoor zou de ziekenfondsactie kunnen ontaarden in een actie, waarbij uitsluitend gelet werd op het materiële belang van de arts en niet op het belang van de verzekerde, waardoor de NMG haar politieke invloed zou verliezen. Het hoofdbestuur moest de volledige verantwoordelijkheid blijven dragen van de ziekenfondsactie van de specialisten en van de huisartsen.

De huisarts Van Bruggen, secretaris van de CO, pleitte voor zelfstandigheid van handelen voor de specialisten en de huisartsen bij de oprichting van afdelingsziekenfondsen, het sluiten van contracten, bij adviezen voor de ziekteverzekeringswetgeving en het functioneren van de particuliere praktijk. De specialisten zouden behalve een hoger honorarium bij de ziekenfondsen ook toelating van alle specialismen en vrije specialistenkeuze eisen. Verzekerden zouden dan zelf mogen beslissen wanneer en welke specialist zij wilden consulteren, het principe van de *vrije loop*.

Van Bruggen stelde voor de ziekenfondsverzekerden dit systeem te geven in plaats van het meestal gebruikte maandkaarten- en verwijzingsstelsel.¹⁵² Het was echter de vraag of de ziekenfondsen dit konden en wilden betalen. De huisartsen hadden meer belang bij de maandkaarten, want dan hielden zij de controle over hun patiënt en bleef er meer over voor hun honorarium. Hierbij hadden de fondsen en de huisartsen tegenover de specialisten een gemeenschappelijk belang. De uitbreiding van het aantal specialismen dat door de ziekenfondsen zou worden betaald had, behalve hogere kosten, ook tot gevolg dat de taken van de huisartsen minder werden. Door de ontwikkeling van specialismen als interne vakken en kinderziekten zouden er minder huisartsen nodig zijn. Het voorstel van het hoofdbestuur, een specialistenvereniging met verplichte deelneming, werd geaccepteerd. Deze vereniging mocht zich echter niet bemoeien met ziekenfondszaken, dit bleef het terrein van de CO.

Het idee van een eigen huisartsenorganisatie werd nog niet aanvaard, tot woede van Van Bruggen. Het gebrek aan een huisartsenorganisatie was nadelig gebleken bij contractonderhandelingen in Amsterdam en Utrecht.¹⁵³ Deze waren aanzienlijk vertraagd omdat de huisartsen en de specialisten geen gescheiden collectieve contracten konden sluiten.¹⁵⁴ De CV had de CO tijdens de onderhandelingen voor deze overeenkomsten echter steeds gedwarsboemd en de CO had daardoor voor de huisartsen geen goede contracten kunnen afsluiten. Van Bruggen wilde vrijheid voor de huisartsen door een aparte organisatie voor de specialisten.

Op 19 en 20 december 1918 werd opnieuw over de specialisten- en huisartsenkwestie vergaderd.¹⁵⁵ Compromisvoorstellen van het hoofdbestuur werden afgewezen. Het wantrouwen tegen het hoofdbestuur en de onvrede van de verschillende groepen waren te groot. De discussies waren fel en hatelijk. Schreve en de zijnen werden met modder besmeurd door uitdrukkingen als *rachitisch-osteomalacische hoofdbesturen, die zich aan de tafel kleven en zich daaraan vastklemmen*.¹⁵⁶ De vergadering nam een motie van de afdeling Delft en Omstreken aan, waarin het hoofdbestuur opdracht kreeg een reglement te ontwerpen voor een organisatie van huisartsen binnen de NMG. Het hoofdbestuur kreeg ook te slikken dat de vergadering op voorstel van de CV besliste tot het instellen van een organisatie van specialisten ter vervanging van de juist in mei door het hoofdbestuur ingestelde specialistencommissie. Deze organisatie, functionerend binnen de Maatschappij, zou een eigen reglement krijgen, een eigen bestuur en het recht tot het nemen van bindende besluiten. Het lidmaatschap werd verplicht voor alle specialisten.

Van Bruggen had er geen moeite mee dat de specialisten zich niet meer door zijn CO lieten vertegenwoordigen. Een compromis was nodig om de eenheid binnen de Maatschappij te handhaven.¹⁵⁷ Hij vond het hard nodig dat de CO en de CV tot overeenstemming kwamen, anders waren de ziekenfondsbesturen en de ambtenaren, die de wetsvoorstellen voor de ziekenfondsverzekering voorbereidden de artsen de baas. De hulp van specialisten en huisartsen was nodig voor de verzorging van de ziekenfondsverzekerden, maar de belangen van beiden waren te verschillend in kwesties als:

- abonnementshonorarium of vergoeding op verwijzing;
- toelating van alle specialismen of niet;
- afbakening van de grens tussen huisartsen- en specialistenpraktijk;
- wie er als specialist werd erkend.

Het belangrijkste van deze bijzondere vergadering was dat de Algemene Vergadering voortaan kon besluiten tot het instellen van bijzondere organisaties met een eigen bestuur, met eigen reglementen en verplicht lidmaatschap van leden met gemeenschappelijke bijzondere belangen.¹⁵⁸ De samenstelling van het hoofdbestuur zou worden gewijzigd. Het zou voortaan bestaan uit minstens vijftien leden. Negen werden districtsgewijs verkozen door de leden, drie door de specialistenorganisatie en drie door de huisartsenorganisatie.¹⁵⁹ Het oude bestuur trad vernederd af.¹⁶⁰ Het bleek allemaal maar gedeeltelijk afdoende. Er kwam een interim-bestuur dat de bestuurlijke problemen evenmin kon oplossen. Van 1920 tot 1940 zouden er diverse reorganisatiecommissies worden ingesteld, die allemaal hun voorstellen deden. Kernpunten bleven de verhouding van het hoofdbestuur ten opzichte van de commissies, de overbelasting van het bestuur en de discussie over de aard van de Maatschappij. Daarbij bleef de ziekenfondspolitiek van de artsen een belangrijke rol spelen. Het hoofdbestuur aarzelde voortdurend om voor de ziekenfondsbelangen een ambtelijk apparaat in te stellen zoals eigenlijk nodig was.¹⁶¹

De formele splitsing van de huisartsen en de specialisten als belangengroepen gebeurde in 1920. Op 7 februari werd de Centrale Vertegenwoordiging der Specialisten omgezet in de Specialisten Organisatie, de SO. De huisartsen kregen op 20 augustus 1920 hun Huisartsen Organisatie, de HO. Een van de problemen, die de NMG jarenlang had verdeeld, was hiermee opgelost. De specialisten waren als afzonderlijke groep erkend, terwijl de belangen van de huisartsen en de controlerend geneeskundigen als aparte groep tegenover de ziekenfondsen beter konden worden behartigd. Voortaan kon over de contractvoorwaarden voor de specialisten en de huisartsen afzonderlijk worden onderhandeld en konden deze als gescheiden contracten in een collectieve overeenkomst worden ondergebracht. De SO en de HO werkten wel samen, na jaren van strijd was er eindelijk een goede verstandhouding van de specialistenorganisatie met de huisartsenorganisatie.¹⁶²

Niet-NMG-leden, ziekenfondscontracten en opnieuw de specialisten- en huisartsenkwestie

De HO vertegenwoordigde drie belangengroepen, de ziekenfondshuisartsen, de controlerend geneeskundigen en de andere huisartsen.¹⁶³ De CO bleef als onderdeel van de HO de belangen behartigen van de algemene afdelingsziekenfondsen, van de ziekenfondsartsen en van de ziekenfondsverzekerden. Het bereidde de overeenkomsten voor, die nog altijd moesten worden goedgekeurd door het hoofdbestuur en hield toezicht op de uitvoering van de collectieve contracten. In de praktijk bleef de werkwijze in ziekenfondszaken voor de huisartsen ongewijzigd. De huisartsen werden per afdeling georganiseerd in onderafdelingen, die zich weer konden groeperen rond de ziekenfondsbelangen. Alle bestaande ziekenfondsafdelingen werden opgeheven. De contributie bleef zoals vroeger bij de CO 2% van de inkomsten uit de ziekenfondspraktijk met een maximum van f 150 per jaar. Het verplichte lidmaatschap en de vrij hoge contributie wekte bij nogal wat leden de weerzin tegen deze organisaties. Veel specialisten buiten de grote steden wilden geen 2% betalen en het Haagse hoofdkantoor van de NMG kreeg nogal wat bedankjes.¹⁶⁴

In 1922 was het debat over de rol van de NMG als vakbeweging opnieuw opgelaaid. In de tweede Amsterdamse collectieve overeenkomst werd de clause opgenomen dat niet-NMG leden zich niet aan de gecontracteerde ziekenfondsen konden verbinden.¹⁶⁵ Bij iedere NMG-ziekenfondsactie vormden de niet-georganiseerde artsen altijd de grootste zwakheid voor de onderhandelingspositie van de Maatschappij. De ziekenfondsen konden bij ieder conflict rekenen op werkwillige medici, zelfs onder de NMG-leden. Het Hoofdbestuur stelde hierop een commissie in, die de vraag moest beantwoorden of het wenselijk was dat bij het sluiten van contracten niet alleen NMG-leden, maar ook niet-leden konden deelnemen en zo ja, onder welke voorwaarden?¹⁶⁶ Deze commissie stelde zich in 1923 op het standpunt, dat niet-leden onder geen voorwaarde aan door de Maatschappij te sluiten contracten konden deelnemen. Dit week af van de mening die leden op de Algemene Vergadering van 23 juli 1923 formuleerden: niet-leden konden dit bij uitzondering en onder door het hoofdbestuur te stellen voorwaarden wel doen.

De NMG werd tot deze liberale houding gedwongen door een splinternieuw ontwerp-ziekteverzekeringwet, nu uit de koker van de rooms-katholieke minister Aalberse. De Maatschappij was bij de ontwikkeling van dit wetsontwerp nauw betrokken geweest. Het hoofdbestuur had met Aalberse over deelname van niet-georganiseerde artsen gesproken en de regering zou zich daarbij geen voorwaarden laten stellen. De HO en de SO moesten bij het afsluiten van contracten rekening houden met de in de praktijk van het ziekenfondswezen verkregen rechten van niet NMG-leden. Voorlopig was deze kwestie van de baan en tolereerde de NMG buitenstaanders.

Toch werd het nog steeds niet rustig. Steeds meer huisartsen en specialisten kregen weerzin tegen het verplichte lidmaatschap van deze organisaties. In 1925 werd daarom de zaak weer op zijn kop

gezet door de HO en de SO op te heffen. Het hoofdbestuur stelde een scheiding in organisaties en commissies voor.¹⁶⁷ In iedere afdeling, in elk deel van Nederland of voor het hele land mochten groepen van huisartsen, ziekenfondshuisartsen, specialisten, ziekenfondsspecialisten, ambtenaren en andere leden zich organiseren. Het hoofdbestuur wilde wel de reglementen goedkeuren, maar deze organisaties moesten financieel maar hun eigen broek ophouden.

De SO en de HO werden vervangen door een Commissie van Huisartsen en een Commissie van Specialisten als adviescommissies van het hoofdbestuur in ziekenfondszaken. De CO mocht als uitvoeringsorgaan blijven bestaan, maar de contributie werd beperkt. Deze commissies bleven tot aan de opheffing van de NMG in 1941 bestaan, waarmee de artsen eindelijk hadden gezorgd voor continuïteit in hun organisatie. Toch bleek het beleid van de NMG tegenover de ziekenfondsen door de gebrekkige samenwerking met de NMP en de voortdurende twisten en onderlinge rivaliteit steeds zwakker dan het had kunnen zijn. De ziekenfondsen zouden daarvan profiteren.

2.5 Consumenten, verstrekkingenpakketten, ziekenfondsen en koepelorganisaties, 1915-1930

De artsen spanden zich wel in om een ziekenfondsbestel in te richten dat aan hun normen kon voldoen, maar zij gaven geen richtlijnen voor de inrichting van de verstrekkingenpakketten. De overheid probeerde dit wel in haar wetsontwerpen, maar dit had geen resultaat zolang er geen wet door het parlement kwam. Een uniform en uitgebreid pakket werd steeds meer als noodzakelijk gevoeld, niet alleen voor de gezondheidszorg, maar ook in sociaal opzicht. De artsen en de apothekers deden met de vakbonden, de Federatie en in 1924 met het Unificatierapport zelf een poging om een landelijke regeling te treffen voor de ziekenfondsverzekerden. Voelden deze zich eigenlijk wel betrokken bij alle perikelen rond de ziekenfondskwestie? Speelde de verzuiling een rol in de onderlinge verhoudingen?

De consument onder of boven de welstandsgrens

De NMG en de NMP stelden zich tegenover de zorgconsument paternalistisch op. De ziekenfondsen, artsen en apothekers hielden zich wel bezig met de regeling van het ziekenfondswezen, maar aan de minvermogende werd niet gevraagd wat hij wilde. Hij kon, afhankelijk van zijn inkomen en de plaatselijke welstandsgrens, kiezen voor een ziekenfonds dat hem wel geschikt leek. De motieven voor zijn keuze waren onveranderd gebleven: de hoogte van de premie, de overtuigingskracht van de bode die aan de deur kwam, zijn kerkelijke overtuiging of de buurt waar hij woonde. Hij bleef onverschillig staan tegenover het ziekenfonds, zolang hij maar verzekerd was.

In januari 1925 klaagde een auteur in *Het Ziekenfonds*, het maandblad van de Landelijke Federatie, dat de Nederlandse arbeider eigenlijk alleen maar ontevreden opmerkingen over zijn ziekenfonds had.¹⁶⁸ Als hij, zijn vrouw of zijn kinderen niet snel genoeg opknapten, dan wist of de dokter er niet genoeg van, of was het fonds of het fondswezen in het algemeen *de kwade Demon*. De schrijver sprak zijn leedwezen uit over de opofferingen van de voormannen van de arbeidersbeweging, die 40 jaar lang hadden gewerkt en gestreden voor de oprichting en de ontwikkeling van de fondsen, terwijl de arbeider geringschattend zijn schouder ophaalde en zijn belangen aan exploitanten overliet: de Maatschappijfondsen en de commerciële fondsen. Over zaken als tandheelkundige, specialistische en verloskundige hulp maakte hij zich al helemaal niet druk.

De doorsnee fondsverzekerde toonde geen belangstelling voor de activiteiten van de artsen in de Maatschappijfondsen. Over de rol van de verzekerdenvertegenwoordigers in de besturen bij de afdelingsfondsen is weinig bekend, behalve dat zij door de artsen en apothekers werden aangewezen.¹⁶⁹ Toch wilde de arbeider, vooral in de steden, wel verzekerd zijn.

*Aantal ziekenfondsverzekerden als percentage van de bevolking, 1902/'03-1941*¹⁷⁰

	1902/'03	1926	1936	1940	1941 ¹⁷¹
Noorden	3,6	8,9	14,8	22,8	43,8
Oosten	12,9	22,7	34,9	42,3	53,9
Westen	27,2	42,1	49,7	54,8	67,3
Zuiden	0,5	16,6	27,3	35,7	48,5
Nederland	17,7	27,9	38,8	45,6	58,4

Het aantal verzekerden was het grootst in de westelijke provincies en in Utrecht, vooral in de steden. De verzekeringsgraad was in het zuiden in 1902 het laagst, met als belangrijkste oorzaak de sociaal-economische achterstand. De stijging in deze gebieden na 1902 was te danken aan de economische bloei, zoals in Zuid-Limburg door de mijnbouw, aan de activiteit van de katholieke vakbonden en de Kerk bij het ontwikkelen van het katholieke ziekenfondswezen en aan de oprichting van Maatschappijfondsen.¹⁷² De algemene stijging in 1941 werd veroorzaakt door de invoering van het Ziekenfondsenbesluit met de verplichte verzekering. De ziekenfondsverzekering was voor de arbeider aantrekkelijk genoeg om op vrijwillige basis een vaste nominale premie te betalen voor een door het ziekenfondsbestuur vastgesteld pakket medische voorzieningen. Hier kon hij gebruik van maken op basis van het naturaprincipe, zonder de betaling van doktersrekeningen.

Gezinshoofden uit de maatschappelijke middenklasse als ambtenaren, onderwijzers en andere beroepsgroepen met vaste inkomens waren door plaatselijke welstandsgrensbepalingen vaak uitgesloten van de ziekenfondsverzekering. Hun inkomens in de klasse van f 1.000 tot f 3.000 per

jaar waren, in tegenstelling tot die van de arbeiders, minder gestegen of vooral in de oorlogsjaren hetzelfde gebleven.¹⁷³ Geneeskundige hulp was voor particulieren echter steeds duurder geworden, vooral door de groei van technieken en de soorten verstrekkingen. Rond 1915 groeide daarom de behoefte aan een ziektekostenverzekering.

Doordat de inkomens van deze groepen vastlagen, konden ook hun uitgavemogelijkheden voor de geneeskundige verzorging worden vastgesteld. Verzekeringsmaatschappijen speelden hierop in en ontwikkelden een nieuwe verzekeringsvorm: mensen konden zich verzekeren tegen de geldelijke schade als gevolg van geneeskundige behandeling.¹⁷⁴ Dit was in tegenstelling tot de ziekenfondsverzekering geen verzekering voor geneeskundige behandeling, maar de eerste particuliere ziektekostenverzekering of schadeverzekering voor de betaling van de doktersrekening. De eerste polis werd afgegeven in 1909 door de Verzekering Maatschappij 'Boerhaave' in 's-Gravenhage.¹⁷⁵

Ieder begin was moeilijk, zeker de ontwikkeling van dit nieuwe verzekeringsproduct. De NMG begon daarom in 1916 een overleg met enkele verzekeringsmaatschappijen. Het NMG-Hoofdbestuur wilde met dit overleg proberen te voorkomen dat zich bij de particuliere verzekering dezelfde problemen zouden voordoen als bij de ziekenfondsen. Het duurde lang voordat de Algemene Vergadering van de artsenorganisatie zich over de relatie met de particuliere ziektekostenverzekeraars uitsprak. In bindende besluiten van 1918 en 1920 werd bepaald dat de NMG-artsen zich niet zouden bemoeien met de relatie verzekeraar-patiënt.¹⁷⁶ De NMG ging geen contractrelaties met verzekeraars aan, zoals bij de ziekenfondsen. Ziektekostenverzekering en ziekenfondsverzekering bleven gescheiden werelden.

Wetsontwerpen, verstrekkingenpakketten en ziekenhuisverpleging

De NMG stelde met de dubbelbesluiten en de leidraad wel normen vast voor de erkenning van ziekenfondsen, maar sprak zich niet uit over verstrekkingenpakketten, zoals dit in wetsontwerpen wel gebeurde.

Het wetsontwerp-Treub werd in december 1918 ingetrokken door zijn opvolger Aalberse, de voorman van de rooms-katholieke arbeidersbeweging. Aalberse verklaarde bij zijn regeringsverklaring als minister van Arbeid, dat hij een regeling voor ziekenbehandeling voor arbeiders en niet-arbeiders wilde realiseren. Hij liet zijn ziekenfondswet voorbereiden door de commissie-Koolen, waar de Amsterdamse specialist Brongersma en de CO-huisarts Cohen als afgevaardigden van de NMG in deelnamen.¹⁷⁷ De plannen van Aalberse kwamen door de betrokkenheid van de NMG vergaand aan de wensen van de artsen tegemoet en stemden grotendeels overeen met de ideeën van Talma. Aalberse had in het verleden de ideeën van de Antirevolutionaire voorman ondersteund.

Het wetsontwerp Aalberse werd op 3 augustus 1920 ingediend bij de Tweede Kamer. De belangrijkste punten waren:

- de inrichting van ziekenfondsen als ondernemingen zonder winstoogmerk;
- een bijna volledig geneeskundig verstrekkingenpakket inclusief ziekenhuis-, sanatorium- en wijkverpleging, tandheelkundige hulp en ambulancevervoer;¹⁷⁸
- vrije artsenkeuze, zoals vastgesteld in de NMG-besluiten;
- abonnementshonorering voor huisartsen en betaling van specialisten per verrichting;
- een welstandsgrens, gesteld op f 2.500;
- het achterwege laten van de regeling van de bestuurssamenstelling;
- geheel vrijwillige deelname aan de ziekenfondsverzekering. De koppeling van een lidmaatschap van een ziekenfonds aan een uitkering volgens een toekomstige ziekwet bleef gehandhaafd.

Het meest opmerkelijke aan het wetsvoorstel was de verlening van overheidssubsidie van f 10.000.000 aan erkende ziekenfondsen voor de financiering van specialistische hulp en ziekenhuis- en sanatoriumverpleging, bedoeld om de premie voor de verzekerden op een aanvaardbaar niveau te houden. Deze overheidsbijdrage was echter de reden, waarom de plannen van Aalberse tijdens de economische crisis van 1920-1922 uit zuinigheidsoverwegingen op de stapel afgelegde wetsontwerpen terecht kwam. Vlak voor de parlementsverkiezingen in 1925 diende de minister nog een uitgetekend ontwerp in, zonder rijksbijdrage en ziekenhuisverpleging, maar ook dit verdween in de la.

Het had zo mooi kunnen zijn: een volledig verstrekkingenpakket voor de ziekenfondsverzekering met een acceptabele premie, erkenning van de noodzakelijke betrokkenheid van de rijksoverheid bij de verzekering van de gezondheidszorg en de inwilliging van de belangrijkste wensen van de artsen. De wet zou alleen voor het ziekenfondspersoneel nadelige gevolgen hebben gehad. De premies voor

de wet zouden door de werkgevers worden ingehouden op het loon van de arbeiders, waardoor de incasseerders en bodes zonder werk zouden komen.¹⁷⁹

Een wettelijke regeling van de ziekenfondsverzekering bleef noodzakelijk. Vooral de regeling van de verzekering van de ziekenhuis-, sanatorium- en wijkverpleging was dringend nodig. De kosten van de ziekenhuisverpleging namen snel toe. De kosten per verpleegdag stegen van f 1,90 in 1910 tot f 5,67 in 1922.¹⁸⁰ Het aantal verpleegdagen steeg in dezelfde periode van 508 tot 789 per 1.000 inwoners. Vrijwel niemand kon deze verpleegprijzen opbrengen, zeker niet bij een langere verpleegduur en afgezien van de nota's van de specialist.¹⁸¹ De ziekenfondsen verzekerden de ziekenhuisverpleging niet of maar gedeeltelijk.

De toename van deze kosten en de groei van het aantal verpleegdagen had vele oorzaken: de veranderingen in de geneeskunde, de verwijzing door de huisartsen en sociale redenen. De uitbreiding van de medische technologie, het intensiever wordende gebruik van hulpmiddelen voor diagnostisch onderzoek en de invoering van nieuwe behandelingen en methoden als laboratoriumonderzoek, röntgeninrichtingen, radiologie en chirurgische technieken bevorderden de groei van het aantal specialismen en specialisten. Ziekenfondsen vergoedden meestal alleen specialistische behandeling als poliklinische behandeling, maar de polikliniek was dan vaak het voorportaal van de ziekenhuisbehandeling.¹⁸² Veelvoorkomende behandelingen, zoals het knippen van amandelen, gebeurden steeds meer tijdens een ziekenhuisopname. Specialisten behandelden het liefst in een ziekenhuis, omdat zij daar over betere hulpmiddelen beschikten. De meeste specialisten gaven emotioneel de voorkeur aan de werkomgeving van het ziekenhuis, omdat hun opleiding klinisch gericht was.

De huisartsen waren zelf ook debet aan het belangrijker worden van de specialistische behandeling. Ziekenfondshuisartsen met grote praktijken verwezen sneller door naar een specialist, omdat zij te weinig tijd hadden voor patiënten met behoefte aan een tijdrovende behandeling. Deze patiëntengroep kwam daardoor sneller in het ziekenhuis terecht.¹⁸³ De huisarts maakte daarna geen verdere aanspraak op de behandeling van de patiënt en door het abonnementshonorarium had hij er geen financieel belang bij de zieke in het ziekenhuis op te zoeken.

De vergroting van het ziekenhuisgebruik had ook sociale oorzaken. De stedelijke bevolking maakte veel meer gebruik van sanatoria en ziekenhuizen, niet alleen omdat er op het platteland minder ziekenhuizen waren, maar omdat in de stad de verlening van zorg door familie en burens minder goed mogelijk was dan op het platteland. Vaak lieten de woonomstandigheden dit niet toe of beschikte de familie niet over de middelen om de zieke voldoende te verzorgen. Op het platteland was de bereidheid om naar een ziekenhuis te gaan minder dan in de stad. Patiënten met interne ziekten keken het daar liever nog eens aan dan naar een ziekenhuis te moeten dat meestal ook nog in de grote stad lag.

Ziekenhuisbesturen en het ziekenhuispersoneel werkten steeds professioneler. Het aantal ziekenhuizen in de steden groeide. Gemeenten bouwden of moderniseerden sinds het einde van de negentiende eeuw gemeentelijke ziekenhuizen. Tussen 1890 en 1920 werden veel confessionele hospitalen gebouwd. In 1920 waren er 39 overheidsziekenhuizen, 117 katholieke, 33 protestants-christelijke en 64 particuliere ziekenhuizen van algemene of andere gezindte. De overheidsziekenhuizen waren de grootste instellingen. Zij beschikten als gemeentelijke en academische ziekenhuizen over 40% van de 20.000 ziekenhuisbedden.¹⁸⁴

Deze investeringen konden niet worden terugverdiend door kostendekkende verpleegtarieven. Het merendeel van de verpleegden bestond uit on- en minvermogenden, er waren niet veel mensen die de dure tweede- en eersteklassetarieven konden betalen. De tekorten van de gemeentelijke ziekenhuizen werden grotendeels gedekt door gemeentelijke subsidies. De particuliere en confessionele ziekenhuizen werden gefinancierd door de stichters, inkomsten uit bezit en giften, maar de verpleeggelden die de gemeenten betaalden waren de belangrijkste financieringsbronnen voor de verzorging van on- en minvermogenden. Gemeenten maakten graag gebruik van deze instellingen, omdat de verpleegprijzen er lager waren dan in de gemeentelijke instellingen wegens deze extra inkomstenbronnen en lagere loonlasten door religieus personeel.

Om een deel van de subsidies terug te krijgen hieven de gemeenten inkomensafhankelijke eigen bijdragen van de minvermogene patiënten of van degenen, die op grond van de Armenwet in aanmerking kwamen voor verhaal. Hoewel de verpleegprijzen voor de klassen sterk verschilden was de medisch-technische behandeling dezelfde. Het lancet, waarmee de chirurg een derde-klassepatiënt opereerde was net zo scherp als bij de behandeling van een eerste-klassezieke. Er was wel wat prijsconcurrentie tussen de ziekenhuizen, maar dit maakte voor de verpleging van de patiënt niet uit. Iedereen werd opgenomen, want de gemeente en dus de gemeenschap draaide voor de tekorten op.

Toch zouden door de artsen en de ziekenfondsen pogingen worden ondernomen om ook hier het achterwege blijven van ziekteverzekeringswetgeving op te vangen door de oprichting van verenigingen voor ziekenhuisverpleging, waar ziekenfonds- en niet-ziekenfondsverzekerden zich voor ziekenhuis- en sanatoriumverpleging konden verzekeren. Dit waren ook weer plaatselijke initiatieven. Zij begonnen in Groningen en werden snel verspreid over het hele land.¹⁸⁵ In 1930 waren ongeveer 2.000.000 mensen voor ziekenhuisverpleging verzekerd.¹⁸⁶ De premies waren meestal nominaal, soms inkomensafhankelijk.

De confessionele zuilen maakten gebruik van de ziekenhuisverpleging, zowel van de ziekenhuizen als van de ziekenhuisverplegingsverenigingen, om hun leden aan zich te binden. De rooms-katholieken werden tegen 1930 massaal lid van de landelijk werkende Onderlinge Nationale Rooms Katholieke Vereeniging tegen de Kosten van Ziekenhuisverpleging en Operatie, een onderdeel van het katholieke Wit-Gele Kruis.

Deze ziekenhuisverplegingsverzekeringsverenigingen boden maar een beperkte oplossing. Zij verzekerden meestal voor een beperkt aantal verpleegdagen, waardoor de kosten van ziekenhuisopname toch gedeeltelijk voor rekening van de gemeenten bleven. In Haarlem, waar geen vereniging voor ziekenhuisverpleging was, sloot het gemeentebestuur met de ziekenfondsen een overeenkomst voor een aparte ziekenhuisverplegingsverzekering voor de fondsleden.¹⁸⁷ Deze samenwerking tussen gemeentelijke overheid en particulier initiatief was succesvol, want bij het ingaan van de verzekering op 7 maart 1927 werden 33.586 leden ingeschreven op een bevolking van 80.000 zielen.¹⁸⁸ Dit was een flinke opsteker voor de Haarlemse ziekenfondsen, want aan het eind van dat jaar hadden zij 4.000 nieuwe leden gekregen. De ziekenfondsen voerden voor de collectieve verzekering de administratie en kregen daarvoor als beheersvergoeding 0,5 cent per lid per week. In 1932 werd de Haarlemse verzekering uitgebreid met de verzorging in sanatoria, herstellingsoorden en de uitzending van kinderen naar vakantiekolonies. De premie voor deze verzekering was voor een gezinshoofd met werk 8 cent. De verzekering was toegankelijk voor de inkomens tussen f 800 en f 3.000. De lasten van de ziekenhuisverpleging per ziekenfondsverzekerde daalden voor de gemeente Haarlem van f 4,23 in 1925 naar f 3,51 in 1938, terwijl de kosten van de verpleging in dezelfde periode stegen naar f 5,70.

In 1939 heerste nog de opvatting dat een landelijke regeling van de ziekenhuisverpleging niet wenselijk was omdat de mentaliteit en de behoeften van de bevolking in de steden en op het platteland te veel verschilden.¹⁸⁹ Ziekenhuisverpleging werd nog altijd geassocieerd met armenzorg. De gemeenten hadden door hun verantwoordelijkheid in de Armenwet voor de kosten van de ziekenhuisverpleging te zorgen en deden dit ook, ook al betekende dit een forse aanslag op het gemeentelijk budget, naast de steunuitkeringen aan werklozen.

Juist daarom werd geprobeerd dit te veranderen door samenwerking tussen de gemeentelijke overheden en de ziekenfondsen en door het inwerkingtreden van aangepaste verzekeringsvormen naast de ziekenfondsverzekering. Het probleem van de financiering van de ziekenhuisverpleging voor de gemeenten werd ondanks deze pogingen niet opgelost. Daarvoor kon alleen de rijksoverheid zorgen, maar zolang de ziekteverzekering niet bij wet geregeld, was werd het maar aan de ziekenfondsen, de artsen en de andere zorgaanbieders overgelaten.

Groeiende samenwerking tussen arbeidersorganisaties, artsen, apothekers en de Federatie

Deze partijen bleven daarom proberen om de problemen bij de ziekenfondsverzekering op hun eigen manier op te lossen. Hoewel de Landelijke Federatie en de NMG in 1913 en 1914 als kernpunten tekeergingen, waren zij zich ervan bewust dat zij als koepelorganisaties voor de behartiging van de belangen van hun leden beter met elkaar konden overleggen dan twisten.

In 1918 spraken afgevaardigden van deze organisaties over de mogelijkheid tot het sluiten van een collectieve overeenkomst voor alle bij de Federatie aangesloten of nog aan te sluiten ziekenfondsen.¹⁹⁰ Daarbij werd ook onderhandeld over de voorwaarden, waarop Maatschappijleden zich aan nog op te richten arbeidersfondsen zouden mogen verbinden. De NMG-commissies CO en CV probeerden de Federatievertegenwoordigers Van Schaik en de zijnen duidelijk te maken, dat de NMG haar leden niet kon dwingen met de onderlinge ziekenfondsen overeenkomsten te sluiten.

De gesprekken bleven daarom zonder resultaat. De CO en de CV waren wel bereid eventueel met de Federatie mee te werken aan de uitvoering van het wetsontwerp-Aalberse en bij de oprichting van nieuwe ziekenfondsen, als dit bij de invoering van deze wet noodzakelijk bleek. De Federatie probeerde de NMG in 1920 opnieuw tot een overeenkomst te overreden, eveneens zonder succes.¹⁹¹

Van Bruggen van de CO beschreef in 1920 de verschillen in de standpunten van de NMG en de Federatie.¹⁹² De Federatie sprak zich uit tegen handhaving van doktersfondsen en propageerde een

groot ziekenfonds per gemeente, hetzij in de vorm van een overheidsfonds hetzij als zelfstandig fonds met overheidssteun. De NMG zou volgens Van Bruggen ook na de wet via de contracten haar artsen aan de fondsen ter beschikking stellen. Volgens de Federatie zou er zonder dokters- en ondernemersfondsen geen ziekenfondsstrijd meer zou zijn, maar voor Van Bruggen stond deze situatie gelijk met *volledige onderwerping van de geneeskundigen*.¹⁹³ Toen hij in 1912 met zijn strijd voor de Maatschappijfondsen begon, had hij er geen idee van dat *deze zo'n grote beroering in het kamp der andersdenken teweeg zou brengen* en eigenlijk niet op de gecombineerde weerstand van de onderlinge fondsen gerekend. De Maatschappijfondsen vormden daarom de verdediging voor de onafhankelijkheid van de geneeskundige stand tegen de onderling beheerde fondsen.

Van Bruggen was bang dat de Federatie de concurrentiepositie van de Maatschappijfondsen zou verlammen, de geneeskundigen in een afhankelijkheidspositie wilde brengen en de artsen en apothekers uit de besturen van de ziekenfondsen probeerde te weren. De NMG bestreed niet dat ziekenfondsen uitsluitend door leken beheerd konden worden, zolang andere fondsen ook wettelijk rechten gegund zouden zijn. Zij had immers zelfs met deze fondsen overeenkomsten gesloten om de handhaving van de wederzijdse rechten en plichten te garanderen. Van Bruggen speelde de Federatie de Zwarte Piet toe voor de verschillen tussen de organisaties.

Deze negatieve sfeer veranderde al snel en door onverwachte oorzaken. In Utrecht waren de fondsen Ziekenzorg en Liduina sinds juli 1920 met de plaatselijke artsen in conflict over herziening van het collectieve contract. De belangrijkste problemen werden gevormd door de welstandsgrens en verhoging van de honoraria. Dit geschil was nogal uit de hand gelopen, en in een poging het NVV aan hun kant te krijgen hadden een paar leden van de Vereeniging van Doktoren en Apothekers de vakbond het voorstel gedaan eens te praten over reorganisatie van het ziekenfondswezen.¹⁹⁴ De vakbonden waren zich voor het geval gaan interesseren, nadat Ziekenzorg en de arts Wefers Bettink door middel van scheldkanonnades in de kranten hun gemoed hadden gelucht.¹⁹⁵

De verhouding tussen Federatieziekenfondsen en de vakbonden was in 1920 bijzonder koel. De bonden hadden in 1913 en 1914 de ziekenfondsen bij hun problemen met de NMG geweigerd te steunen, ook na de oprichting van de Federatie.¹⁹⁶ De NVV-bestuurder F.S. Noordhoff probeerde dit in 1931 tijdens een NVV-vergadering in Utrecht te verklaren.¹⁹⁷ Volgens hem had de vakbeweging in 1913 nog haar handen vol aan *de dagelijksche strijd voor verbetering van de arbeidsvoorwaarden van haar leden* en moest zij *verder nog erkenning afdwingen van de tegenstrevende werkgevers*. De bonden hadden toen geen tijd voor het ziekenfondswezen, *waarvoor de individuele arbeiders geen al te groote belangstelling toonden*.

Op 28 juni 1922 had het Dagelijks Bestuur van de CO, bestaande uit de artsen Cohen, Boerma, Koch en Hamaker, een ontmoeting met het Dagelijks Bestuur van het NVV.¹⁹⁸ Tijdens dit gesprek werd de indruk gewekt dat het NVV en de NMG wel in een een-tweetje een effectieve regeling voor het landelijk ziekenfondswezen konden treffen. De vakbond en de Maatschappij werden het snel eens over de bestuurssamenstelling, de honorariumregeling, de welstandsgrens en de vrije artsenkeuze. Er moest alleen nog iets met de NMP worden geregeld over het achterwege laten van vrije apothekerskeuze en het vaststellen van kwaliteitsnormen voor afgeleverde recepten. De artsen en de vakbonden dachten zo de Nederlandse ziekenfondsverzekering op poten te hebben gezet.

Dat ging dus niet. Het Federatiebestuur had zich altijd gepikeerd gevoeld dat de vakcentrale de onderling beheerde fondsen in de moeilijke periode 1913-1918 in de steek had gelaten, maar werd nu gedwongen door de snel opgekomen vriendschap tussen NMG en NVV zich in het debat te mengen en het NVV aan zijn kant te krijgen.¹⁹⁹ Volgens de Federatie had de vakbond onvoldoende kennis en ervaring om de NMG in de ziekenfondskwestie weerwoord te bieden. Zij zag ook geen heil in door de vakbeweging en NMG gezamenlijk beheerde landelijke ziekenfondsen en in deelname door de vakbeweging in de fondsbesturen. Dit laatste was in strijd met het zelfbeschikkingsrecht van de ziekenfondsen en met het principe van de evenredige vertegenwoordiging in de fondsbesturen van artsen, apothekers en verzekerden. De verkiezing van verzekerdenvertegenwoordigers moest worden overgelaten aan de arbeiders-leden, die trouwens toch voor het grootste deel lid waren van een vakbond.

Dat het NVV niet helemaal op de hoogte was van de organisatie en de verstrekkingenpakketten van de ziekenfondsen bleek uit de brief die de andere vakorganisaties hadden gekregen. Het NVV was in dit schrijven ervan uitgegaan dat ziekenfondsen ziekenhuis- en sanatoriumverpleging helemaal niet vergoedden, terwijl dit toch her en der wel het geval was.²⁰⁰

Het NVV kreeg bij een gezamenlijk overleg op 14 september 1922 ook tegenstand van de andere vakbonden.²⁰¹ Deze groep werd gevormd door de confessionele bonden het Rooms-Katholiek

Vakbureau, het Christelijk Nationaal Vakverbond, de socialistische bonden Algemeen Nederlands Vakverbond en het Nationaal Arbeids-Secretariaat.

Het NVV was voorstander van een groot landelijk ziekenfonds. Door de grote versnippering en de concurrentie tussen de ziekenfondsen werd in veel plaatsen geld verspild, terwijl fondsen elders overschotten hadden. De andere bonden zagen van een zekere centralisatie wel de voordelen, maar wilden deze beperken tot een federatief verband. Zij hadden geen behoefte aan uitbreiding van hun machtssfeer door zich met het ziekenfondswezen bezig te houden, want zij zouden zich daarmee in een wespennest steken en te veel verantwoordelijkheid krijgen, die zij eigenlijk niet wilden. Het ziekenfondswezen moest worden verbeterd, maar zonder dat de bonden gevaar zouden lopen en er direct bij betrokken raakten. De katholieken daarbij namen een eigen standpunt in. Deze zagen een ziekenfonds meer als een verzuilde standsorganisatie met morele belangen dan als een vakbondszaak. Zij waren tegen een landelijk ziekenfonds, maar bleken wel bereid hun plaatselijke fondsen in een federatie te brengen.

De NVV-vertegenwoordiging had het verzet van de Federatie en de andere vakbonden blijkbaar verwacht. Zij stelde een commissie voor, samengesteld uit de vertegenwoordigers van de vijf vakcentrales, de Federatie en de NMG. De katholieke vertegenwoordiger kon hierbij niet nalaten op te merken dat zijn organisatie al sinds jaren samenwerkte met de andere katholieke stands- en vakorganisaties. Hij wees op de zorgfaciliteiten die binnen de eigen zuil waren gerealiseerd: ziekenhuizen, sanatoria, wijkverpleging en de eigen ziekenfondsen als Liduina. Het NVV kon hier niet op bogen en zou de religieuze fondsen altijd hun plaats moeten gunnen.

Het NVV probeerde de Federatie tegemoet te komen door te beloven dat de vakbond haar belangen zo veel mogelijk zou verdedigen. De vakorganisatie verklaarde zelfs dat zij van verdere gesprekken met de zorgaanbieders zou afzien als de Federatie tijdens de onderhandelingen met de artsen en apothekers onoverkomelijke bezwaren zou hebben.²⁰² De ziekenfondskoepel kon toen niet anders dan met de NVV-NMG-actie meedoen en sloot met het NVV een convenant voor een voorlopige samenwerking.²⁰³

Het NVV had er door deze onderhandelingen voor gezorgd dat de vakbonden, de artsen, de apothekers en de onderlinge ziekenfondsen voor de eerste maal in staat waren tot gezamenlijk overleg. Op 14 november 1922 werd op een bijeenkomst besloten tot de oprichting van een commissie, die tot taak kreeg te onderzoeken hoe de eenheid in het Nederlandse ziekenfondswezen kon worden bevorderd of *geünificeerd*. De Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, de NMT, werd op haar verzoek ook bij deze commissie betrokken. De Unificatiecommissie was geboren. De belangrijkste zorgaanbieders, de ziekenfondskoepel en de vakcentrales waagden met deze Unificatiecommissie zelf een poging de ziekenfondsmarkt te ordenen. Het was een initiatief van een beperkte groep. Andere zorgaanbieders, als de Kruisverenigingen en de verloskundigen, de overige ziekenfondsen en de verzekerden zelf waren niet vertegenwoordigd.

De Unificatiecommissie bestond uit twee commissies, de grote en de kleine. De kleine commissie deed onderzoek, verzamelde cijfermateriaal en stelde de concepten op voor de discussies die in de grote commissie werden gehouden. De vergaderingen van de commissies waren vreedzamer en constructiever dan in het verleden voor mogelijk gehouden zou zijn. Het resultaat van alle gesprekken en onderzoek was een rapport, dat een blauwdruk was van het op dat moment door alle betrokken partijen gewenste ziekenfondsbestel: het Unificatierapport, dat in 1925 het levenslicht zag.

Het Unificatierapport

Het Unificatierapport bood een overzicht van het in 1924 voor de ziekenfondsen te realiseren verstrekkingenpakket met de geschatte kosten en de vereiste contributies.²⁰⁴ Er werden richtlijnen gegeven voor de ziekenfondsadministratie en het personeelsbeleid, de rechtspositie en honoraria van de medewerkers en de samenstelling van de fondsbesturen. De Unificatiecommissie probeerde ook aan te geven waarom centralisatie van het ziekenfondswezen noodzakelijk was.

De commissie constateerde dat de geneeskundige behandeling van de ziekenfondsverzekerden te wensen overliet. Het aantal patiënten, ingeschreven bij een huisarts, was te hoog. Deze handelde tijdens zijn ochtendspreekuur vaak 50 tot 70 patiënten af.²⁰⁵ De vergoeding van specialistische hulp was te laag. De verstrekking van ziekenhuisbehandeling, sanatorium- en wijkverpleging en tandheelkundige behandeling was kwalitatief onvoldoende en werd te weinig of helemaal niet verstrekt. Deze problemen konden gedeeltelijk worden opgelost door centralisatie en fusie van de ziekenfondsen, maar dit moest niet tot het uiterste worden doorgevoerd. De commissie wilde de confessionele vakbonden tegemoetkomen door te verklaren dat één neutraal fonds per grote stad niet

noodzakelijk was. Men was er ook niet zeker van dat *onbeperkte opvoering van het aantal verzekerden de exploitatie van een ziekenfonds progressief ten goede kwam*.²⁰⁶ Er werd verondersteld dat grote ziekenfondsen met honderdduizenden leden niet efficiënt zouden kunnen werken.

De leden van de commissie verschilden van mening over de deelname van de artsen en apothekers aan de fondsbesturen. De Federatie en het RKV wilden hen uitsluitend accepteren als vertegenwoordigers van de medewerkers en als deskundigen, maar dan zonder stemrecht.²⁰⁷ De vertegenwoordiger van de NMT vond het niet nodig dat medewerkers deelnamen aan de besturen. De concurrentie tussen de artsen, apothekers en tandartsen om de honoraria werd door bestuursverantwoordelijkheid te groot. Hij stemde wel in met de mening van de Federatieman Van Schaik dat zij hun know-how zouden moeten kunnen inbrengen door middel van Commissies voor medische en farmaceutische zaken. Als dit samen met de regeling van een goede rechtspositie in een collectief contract kon worden ondergebracht, dan hoefden deze groepen niet in het bestuur vertegenwoordigd te zijn. Het standpunt van de tandartsen stond haaks op dat van de artsen en apothekers, die vasthielden aan hun bindende besluiten. Uiteindelijk werd als compromis bereikt dat huisartsen, specialisten en apothekers in de besturen opgenomen konden worden, maar dat de meerderheid van het bestuur zou moeten bestaan uit fondsleden.²⁰⁸

Men verschilde ook van opvatting over de vertegenwoordiging van de vakcentrales in de fondsbesturen. De meerderheid van de Unificatiecommissie wilde geen plaatselijke vakbondsleden als bestuursleden. Er waren te veel vakbonden en in de fondsbesturen mochten alleen mensen worden benoemd op grond van persoonlijke capaciteiten. De bonden waren het hier niet mee eens. Na zich jaren afzijdig te hebben gehouden, wilden zij nu een organisatorische samenwerking tussen ziekenfondsen en vakbonden. Dit was geen probleem voor de commissie, maar voor de fondsen en de bonden zelf.²⁰⁹

De blauwdruk voor een landelijke ziekenfondsorganisatie zag er als volgt uit: alle ziekenfondsen uit een regio moesten zich verenigen in districtfederaties. De fondsen zouden de individuele geneeskundige verzorging regelen, terwijl de districtfederaties verantwoordelijk waren voor de behartiging van de sociaal-hygiënische en de algemeen medische belangen. Een Centrale Raad in de vorm van een federatief orgaan zou de algemene leiding van het ziekenfondswezen krijgen.

Deze Raad zou moeten worden gevormd door vertegenwoordigers van alle organisaties die betrokken waren bij de zorgverlening: ziekenfondsen, artsen, apothekers, tandartsen, wijkverplegenden, vroedvrouwen en vakcentrales. Er werd geen regeringslid opgenomen, maar dit was wel bespreekbaar. Idealiter zou deze Raad de beschikking moeten krijgen over alle subsidies die de overheid voor de gezondheidszorg beschikbaar stelde. De Raad zou deze dan als Centrale Kas naar behoefte onder de districtfederaties kunnen verdelen.

De vrije artsen- en apothekerskeuze werd omschreven als de vrije keuze van de verzekerde uit de aan het fonds verbonden medewerkers, inclusief de tandartsen. De fondsen zouden verplicht zijn alle medewerkers in de regio te contracteren. De NMG- en NMP-criteria van iedere te goeder naam en faam bekende arts, apotheker en tandarts moesten als norm voor kwaliteit van de betrokken medewerker gelden. De commissie was tegen loondienstverband van artsen en tandartsen. Zij sprak zich ook uit tegen eigen ziekenfondsapotheken als bij de Volharding, tenzij deze met behoud van kwaliteit goedkoper recepten konden leveren dan zelfstandige apotheken.

De rechtspositie van de medewerkers zou moeten worden geregeld in overeenkomsten tussen de ziekenfondsen en de medewerkerskoepels. Voor de honorering werd de voorkeur gegeven aan het abonnementensysteem. Per ziel per jaar zou voor een huisarts in de stad *f* 3,25 en op het platteland *f* 3,50 voldoende zijn. Overeenkomstig de algemene normen werd een ziekenfondspraktijk op een maximale norm van 3.500 gesteld.

Het Unificatierapport: verstrekkingenpakket en contributieberekening

Het lidmaatschap van de fondsen zou verplicht moeten zijn voor alle arbeiders die onder een toekomstige ziektewet verzekerd zouden zijn. Hierdoor werd gezorgd dat ook de goede risico's deelnamen.²¹⁰ Een welstandsgrens werd niet nodig gevonden. Onvermogensden zouden met hun gezinnen kunnen worden toegelaten, mits de Armbesturen een aanvullende premie zouden betalen. Zij waren door hun minder goede gezondheid voor de fondsen immers slechte risico's.²¹¹ De problemen met de middenstandsverzekering zouden door het loslaten van de welstandsgrens ook gedeeltelijk kunnen worden opgelost. Naast de arbeiders zouden dan ook mensen uit de lagere middenklasse, die geen particuliere tarieven konden betalen tot de fondsen moeten worden toegelaten. Plaatselijke commissies zouden de juistheid van dit lidmaatschap moeten beoordelen.

Het ziekenfondsverstrekkingenpakket diende volledig en landelijk uniform te zijn. Het moest voorzien in huisartsen- en specialistische hulp, chirurgische en conserverende tandheelkundige behandeling door tandartsen, verloskundige hulp door vroedvrouwen en artsen, genees- en verbandmiddelen, alle kunst- en hulpmiddelen, ziekenhuis-, sanatorium- en wijkverpleging en vaccinatie.

De commissie vond de bestaande specialistische hulp door de ziekenfondsen onvoldoende. In de kleine steden en op het platteland werd nog te veel gespeculeerd op de hulp van gratis werkende poliklinieken en ziekenhuizen uit de grotere stedelijke centra. Soms werd de specialistische hulp daar wel betaald door een kerkelijk armbestuur of de gemeente. Kleine ziekenfondsen en doktersfondsen vergoedden incidenteel een operatie als de betrokkene geen gratis specialistische hulp kon krijgen. In sommige delen van Nederland was de situatie wel wat beter als de dorpsziekenfondsen een plaatselijke afdeling waren van een groter ziekenfonds, zoals in de omgeving van Alkmaar, of als een ziekenfonds een contract had gesloten met specialisten in andere plaatsen. Verzekerden uit Zaltbommel hadden hierdoor recht op specialistische hulp uit Utrecht en 's-Hertogenbosch. In de grotere plaatsen was de specialistische hulp volgens de bevindingen van de commissie ook onvoldoende. In Amsterdam, Rotterdam, Groningen, Haarlem en andere steden werd door de ziekenfondsen alleen poliklinische hulp vergoed.

De commissie erkende dat de specialisten benadeeld werden bij de betaling van de ziekenfondshonoraria.²¹² In de meeste steden werd in de behoefte aan klinische specialistische hulp voor de ziekenfondsverzekerden voorzien door aan ziekenhuizen verbonden specialisten. Deze hulp werd nog steeds of kosteloos of tegen een door het ziekenhuis betaald te laag honorarium verstrekt. De ziekenhuizen hadden te veel macht tegenover de specialisten. De meesten behandelden de *patiënten der laagste klasse* nog steeds gratis of bijna gratis, omdat zij anders hun particuliere patiënten niet in de ziekenhuisklinieken mochten behandelen. De ziekenhuisbesturen werden ervan beschuldigd te speculeren op het feit dat deze specialisten hun vaardigheden en bekwaamheden alleen op peil konden houden door een nagenoeg onbezoldigde klinische praktijk. De onderlinge concurrentie tussen de specialisten was groot.

De commissie wilde een nieuwe honorering voor de specialistische verrichtingen om te voorkomen dat de specialistische hulp voor de ziekenfondsen een ongelimiteerde post zou blijven. De fondsen zouden per verzekerde per jaar een vast bedrag moeten reserveren en een contract kunnen sluiten met een organisatie die de verschaffing van deze specialistische hulp zou verzorgen. Deze organisatie zou kunnen zorgen voor vaste tarieven en deze reserveringen moeten gebruiken voor de verdeling van de honoraria. De Unificatiecommissie achtte de specialistenpot het beste honorariumsysteem. In de praktijk werd per verzekerde f 0,80 tot f 2 betaald.²¹³ Volgens de voorgestelde regeling was voor volledige specialistische klinische hulp f 2 per jaar per ziel voorlopig voldoende en voor poliklinische hulp f €0,90.²¹⁴

In 1924 was de tandheelkundige hulp voor de ziekenfondsen nog steeds een ondergeschoven kindje. Zij vergoedden meestal alleen het trekken van tanden en kiezen, eufemistisch de chirurgische tandheelkundige behandeling genoemd. Een paar ziekenfondsen hadden een tandarts in dienst die, als hij of zij tijd over had ook conserverende hulp verleende. Onderlinge fondsen als het Utrechtse Ziekenzorg en de Haagse Volharding hadden een bijna volledig tandheelkundig pakket.²¹⁵ Het Amsterdamse AZA had in 1922 vijf poliklinieken, waar 20.000 bezoeken werden gebracht. Bij dit fonds kwamen vullingen en tandsteenreiniging geheel voor rekening van de verzekerden. Over de vergoeding van verdovingen werd helemaal niet gesproken.²¹⁶ De NMT probeerde sinds haar oprichting in 1914 deze wantoestanden aan te pakken. Haar leden werden door de artsen en apothekers nauwelijks als collega's gezien.

De tandheelkundige zorg in Utrecht maakte duidelijk hoe ernstig de situatie was. In 1921 werd door de Utrechtse fondsen, met uitzondering van Ziekenzorg, f 1.800 gulden uitgegeven voor de tandheelkundige zorg voor 21.000 verzekerden.²¹⁷ Vier tandartsen hielden om beurten spreekuur in een lokaaltje, waar alleen werd getrokken. De toeloop op deze tandheelkundige polikliniek of *trekcentrale* werd echter zo groot, dat zelfs deze minimale hulp niet meer te geven was. De tandartsen, gesteund door de NMT, stelden voor de ergste nood te verhelpen door langere spreekuren te houden. Zij verzochten daarvoor aarzelend een honorariumverhoging van f 1 per uur, maar kregen nul op het rekest. Een paar ziekenfondsartsen wilden de genoemde f 1.800 wel onderling verdelen en verklaarden dat zij wel zouden trekken. Hun collega's bij VHZ vonden dit te ver gaan, maar de tandartsen kregen geen verhoging.

De Unificatiecommissie dacht deze problemen te kunnen verhelpen door een landelijke regeling. De verzekerden zouden vrije tandartskeuze krijgen, waarbij de ziekenfondspraktijk werd genormeerd op

12.000 verzekerden per tandarts. Per ziel zou *f* 0,50 voor deze zorg worden gereserveerd. De tandarts zou een uurloon krijgen van *f* 6. Hij zou daarbij zelf moeten zorgen voor apparatuur, materiaal, personeel en lokalen. Hij mocht maximaal een halve werkdag, 3,5 uur, ziekenfondssprekuren houden en moest buiten deze tijd prothetische behandelingen verrichten. Vullingen werden vergoed, verdovingen niet. Deze regeling werd geaccepteerd door de NMT en had voor de Nederlandse gebitsverzorging een grote noodzakelijke verbetering kunnen betekenen.

*Schatting van de kosten in guldens van het volledige ziekenfondspakket per 1.000 inwoners*²¹⁸

Verstrekking	stad	platteland
Honorarium huisartsen	3.250	3.500
" specialisten	2.000	1.500
" apothekers	2.000	2.000
" tandartsen	500	500
Geneesmiddelen	1.500	---- ²¹⁹
Verloskundige hulp	560	560
Kunst- en hulpmiddelen	140	140
Verplegingsartikelen	20	----
Ziekenhuisverpleging ²²⁰	4.000	2.625
Wijkverpleging	300	300
Ziekenvervoer	70	125
Administratiekosten	1.000	750
Reserve en onvoorzien	368	294
Totaal	15.708	12.294

Zonder subsidies zou voor dit pakket in de steden een weekpremie van \pm 45 cent per volwassene en 5 cent per kind nodig zijn. Op het platteland werden deze geschat op 34,5 en 5 cent per week. De leeftijdsgrens voor kinderen werd gesteld op 17 jaar. De Unificatiecommissie beschouwde de premies zoals ze in Amsterdam werden betaald, 25 cent per volwassenen en 5 cent per kind, als de grenzen van de draagkracht van de ziekenfondsverzekerde. Regering, provincie, gemeente en de Rijksverzekeringsbank zouden het voorgestelde ziekenfondspakket dan ook moeten subsidiëren.

De ziekenfondsen zouden bij de invoering van dit pakket en de verlening van overheidssubsidie hun taken kunnen uitbreiden tot ziektepreventie of profylaxe. Zij konden dan ook de sanatoriumverpleging vergoeden, die tot dan toe ten laste kwam van de Invaliditeitswet en de gemeente. De gemeentelijke begrotingen zouden daardoor worden ontlast omdat een deel van de kosten voor ziekenhuisverpleging en geneeskundige armenzorg dan voor rekening van de ziekenfondsen kwam. Zij zouden ook de kosten voor wijkverpleging kunnen overnemen, die gedeeltelijk werden betaald met incidentele subsidies van de provincies aan de kruisverenigingen.

Waarom geen geünificeerd ziekenfondsbestel?

Het ziekenfondsbestel, zoals in het Unificatierapport werd voorgesteld, was door de betrokken partijen zonder overheidsbemoeienis in onderling overleg vastgesteld. Het was een compromisvoorstel, realistisch en uitvoerbaar. Zorgaanbieders, ziekenfondsen en vakbonden beschouwden het voorgestelde verstrekkingenpakket als noodzakelijk voor de gezondheidszorg van de ziekenfondsverzekerden, waarbij werd ingezien dat de daarbij noodzakelijke premies door de verzekerden niet konden worden opgebracht. De overheid, die bij het wetsvoorstel-Aalberse al met de geldbuidel had gezwaaid werd als subsidieverlener gezien, maar zonder dat zij zich door middel

van regelgeving met de ziekenfondsverzekering mocht bemoeien. Door de herverdeling van de geldstromen zouden de ziekenfondsen juist taken van de overheid kunnen overnemen.

Het Unificatierapport werd helaas op de stapel afgelegde wetsvoorstellen neergelegd, want alle partijen moesten te veel inleveren. Het rapport was een compromis, waarmee uiteindelijk geen organisatie tevreden was en het zou geen praktisch nut hebben. Het voornaamste struikelblok bleef het oude verschil in inzicht tussen de Federatie en de NMG over de invulling van het begrip vrije artskeuze, de deelname van de artsen en apothekers aan de ziekenfondsbesturen en het door de ziekenfondsen beheren van eigen instellingen.²²¹

Bij doorvoering van de voorstellen uit het rapport zouden de fondsen alle zich aanmeldende doktoren en apothekers als medewerkers moeten aannemen en een permanent contract dienen aan te bieden.²²²

De ziekenfondsen zaten dan voor het leven aan hun medewerkers vast. De Federatie vond het onverteerbaar dat de fondsen de mogelijkheid moesten openlaten artsen en apothekers in hun besturen op te nemen. De NMG had er nu juist mee ingestemd dat fondsbesturen geheel uit verzekerden konden bestaan als de rechtspositie van de artsen maar bij wet geregeld was. De artsenorganisatie toonde zich zelfs bereid de Maatschappijfondsen op te heffen, maar krabbelde al snel terug.²²³

Het tweede bezwaar voor de Federatie lag in de positie van de eigen instellingen. Bij de uitvoering van de richtlijnen van het Unificatierapport zou het exploiteren van eigen apotheken worden bemoeilijkt en zouden de tandheelkundige klinieken van de onderlinge fondsen worden opgeheven. De Federatie zag zich nu juist door de houding van de artsen gedwongen om deze instellingen op te richten. Het Haagse Federatiefonds de Volharding had in 1924 besloten alleen nog artsen aan te nemen die geen particuliere praktijk zouden houden.²²⁴ Deze nieuwe artsen zouden een loondienstverband krijgen.

Dit veroorzaakte in 1924 bij de Volharding een geschil tussen het bestuur en de artsen, waarbij ook de NMG betrokken raakte. De Maatschappij probeerde met het bestuur een collectieve overeenkomst te sluiten en bij dit fonds de vrije artskeuze door te voeren.²²⁵ De NMG was bang dat bij een overwinning van het Haagse fonds de Federatie haar leden zou adviseren artsen in vaste dienst te nemen. De Volharding loste het probleem op door op 16 april 1925 alle huisartsen en specialisten gewoon te ontslaan.²²⁶ Er bleken voldoende collegae bereid om tegen een goed maandsalaris de Haagse fondsverzekerden te bedienen.

Een volgend probleem voor de Volharding was de ziekenhuisverpleging. De Haagse ziekenhuizen weigerden de Volhardingartsen toe te laten voor het opereren van hun patiënten. De Volharding opende daarom op 26 januari 1926 een eigen kliniek.²²⁷ Op dat moment kon het Haagse onderlinge fonds als enige fonds in Nederland een verstrekkingenpakket bieden, dat bijna volledig in eigen beheer werd uitgevoerd: huisartsen- en specialistenhulp, tandheelkundige, paramedische en klinische zorg en farmaceutische verstrekkingen. De Volharding werd hierdoor tot afschrikwekkend voorbeeld voor de georganiseerde artsen en apothekers.

De bestaande niet-Federatiefondsen zouden door de acceptatie van het Unificatierapport niet verbeteren. De Maatschappijfondsen zouden als concurrerende fondsen blijven bestaan en de commerciële fondsen zouden niet verdwijnen. De cijfers uit het rapport waren in 1925 al achterhaald. Het gewijzigde wetsontwerp-Aalberse bevatte niet meer het voornemen de ziekenfondsen te subsidiëren en het rapport was zonder rijksbijdrage niet uitvoerbaar.²²⁸

De Federatie was voorstander van eenheid en vereenvoudiging van het ziekenfondswezen, maar wilde zich niet binden aan de artsen en apothekers als financieel belanghebbenden. De verzekerden van de Federatiefondsen zouden bij de uitvoering van het Unificatierapport geen enkel voordeel hebben, maar al spoedig beschouwd worden als *uitbuitingsobject*.²²⁹ De Federatiefondsen zouden hun zelfstandigheid verliezen en dat was onverteerbaar. Hoewel het Unificatierapport tijdens de Algemene Vergadering op 18 november 1925 door de Federatie werd aangenomen, distantieerde zij er zich uiteindelijk van.²³⁰

De Federatie bekritiseerde de rol van de vakbonden. De bonden hadden het initiatief van de artsen in 1922 aangegrepen als een ongezochte gelegenheid zich in ziekenfondszaken te mengen. Zij moesten vroeger niets van de fondsen weten, maar hadden nu de *ziekenpotjes en fondsen nodig voor hun propaganda*.²³¹ Toch was de ziekenfondsorganisatie bereid met de bonden samen te werken, want zij kon ze nog wel eens nodig hebben.

Het RKWV had ook bezwaren tegen het Unificatierapport. De bond had zich al tegen het principe van een fonds per plaats verklaard, maar had ook andere opvattingen over het kruiswerk.²³² Het wilde het werk van het katholieke Wit-Gele Kruis veiligstellen door te eisen dat een ziekenfonds zich pas met de wijkverpleging zou mogen inlaten als de kruisverenigingen onvoldoende functioneerden.

Het Unificatierapport was achteraf ook niet verteerbaar voor de NMG. Weliswaar was ooit opgemerkt dat zij bereid was haar Maatschappijfondsen op te geven, maar zij krabbelde al snel terug en handhaafde haar opvattingen zoals in de bindende besluiten vastgelegd.²³³

De Unificatiecommissie hield haar laatste vergadering op 18 maart 1926.²³⁴ Alle partijen waren het erover eens dat verder samenwerken voor Unificatie meer aan de orde was. De partijen, op dat moment bestaand uit de koepels van de zorgaanbieders NMT, NMP en NMG, de Federatie en de vakbonden CNV en het NVV, waren wel bereid tot overleg om het ziekenfondswezen te bevorderen, maar een initiatief als de Unificatie was niet mogelijk. De standpunten, met name van de Federatie en de NMG, lagen te ver uit elkaar, vooral met betrekking tot de vrije artsenkeuze.²³⁵

Er werd nog gesproken over een permanente landelijke commissie om geschillen tussen de ziekenfondsen en de medewerkers op te lossen, maar ook dit leverde niets op. Noch de Federatie, noch de NMG had behoefte aan zo'n initiatief. Van Schaik, de afgevaardigde van de Federatie en de artsen Boerma en Schnitzler merkten op dat zij elkaar voortdurend tegenkwamen bij contractbesprekingen en dat problemen steeds door onderhandelingen werden opgelost. *De Federatie had wel eens meer met de doktoren gevochten* en toch waren de verhoudingen steeds verbeterd. Schnitzler merkte nog op dat Federatie niets te verwijten viel. De afgevaardigden naar de Unificatiecommissie hadden geen bindend mandaat.

Het Unificatierapport was een momentopname, de ideeën waren de gedachten van de individuen, niet van hun organisaties. Dit bleek de zwakte van het initiatief. De ziekenfondsen en de artsen waren dus ook niet in staat om op landelijk niveau eenheid te brengen in het ziekenfondsbestel, maar losten hun problemen steeds beter op lokaal niveau op.

Toenemende invloed van de verzuiling: de rooms-katholieke zuil en de NMG

Een van de gevolgen van het mislukken van de Unificatiecommissie was de versterking van de invloed van de verzuiling op het ziekenfondsbestel. De verzuiling had tot dan toe de relatie artsen-ziekenfondsen indirect beïnvloed, omdat in de wetsontwerpen van Kuyper, Veegens, Talma en Aalberse volgens confessionele principes de uitvoering van de ziekenfondsverzekering in handen bleef van de ziekenfondsen en niet in handen van de overheid zou worden gelegd. De directe invloed van verzuiling op de verhoudingen tussen de artsen en de fondsen werd sinds 1925 steeds groter door de versterking van de katholieke zuil.

De vakbonden, katholiek en neutraal, werkten in de Unificatiecommissie wel samen met de Federatie, maar er was geen sprake van samenwerking tussen de Federatie, de katholieke vakbeweging en de katholieke fondsen. Het bestuur van de katholieke vakbond, na 25 januari 1925 Rooms-Katholiek Werklieden Verbond of RKWV genoemd, nam het de Federatie zelfs kwalijk dat het initiatief van het Unificatierapport op niets was uitgelopen. Volgens A.C. de Bruyn, de voorzitter van het RKWV, kon de Federatie het niet hebben dat de vakbeweging zich met het ziekenfondswezen ging bezighouden.²³⁶ Hij zag geen enkele reden tot samenwerking met de Federatie, maar wel met de andere vakcentrales en de artsen- en apothekersorganisaties. Bij de oprichting van het RKWV was een beginselprogramma opgesteld, waarin werd opgenomen dat de katholieken zouden streven *langs de weg van eigen initiatief en zelfhulp* de arbeidende stand te verheffen.

Volgens dit beginselprogramma zouden de bestaande onderling beheerde katholieke ziekenfondsen worden versterkt volgens morele richtlijnen, die in 1916 door de bisschoppen waren afgekondigd.²³⁷

Het uitgangspunt van de bisschoppelijke actie was de moraalclausule: het ongerept handhaven en beschermen van de katholieke gebruiken en voorstellingen, die bij ziektegevallen een gunstige invloed hadden.²³⁸ De artsen die voor katholieke fondsen werkten, moesten zich tegen de principes van de Neo-Malthusiaanse bond verklaren en bereid zijn de moraalclausule in hun medewerkersovereenkomst te accepteren. Het ging vooral om de bescherming van het ongeboren leven. De katholieken voerden in deze tijd fel strijd tegen abortus en andere middelen tot geboortebepaling.²³⁹

Het RKWV moest in 1926 reageren op het mislukken van de Unificatiecommissie en op een nieuw initiatief van de opvolger van Aalberse, J.R. Slotemaker de Bruïne. Deze wilde het klein-ontwerp-Aalberse opnieuw indienen als eigen wetsontwerp, gekoppeld aan de ziekwet. De katholieke vakbeweging richtte daarom in overleg met de bisschoppen op 3 december 1926 een Centrale Commissie op, de CC.²⁴⁰ Deze katholieke ziekenfondscommissie was meer te vergelijken met de CO van de NMG dan met de Federatie. De CC was een initiatief van de katholieke vakbond. De Federatie was gevormd door de onderlinge arbeidersfondsen zelf. De doelstelling van de CC was niet alleen het behartigen van de belangen van de aangesloten ziekenfondsen, maar ook het oprichten

van nieuwe onderlinge katholieke fondsen, het bevorderen van de reglementaire eenheid en de controle van de administraties.

De commissie zou namens de fondsen de onderhandelingen met de koepels van de zorgverleners voeren en fungeren als geschillencommissie. Ze stemde steeds moeiteloos in met de voorwaarden die de NMG volgens haar bindende besluiten voor de rechtspositie van de artsen en de bestuursdeelname stelde, maar de uitvoering ervan ging met horten en stoten.²⁴¹

De moraalclausule leverde voor veel artsen problemen op. Er waren ook nogal wat artsen, met name op het Brabantse platteland, die geen concurrentie wilden met hun eigen Maatschappijfondsen. In de Meijerij was het Algemeen Afdelingsziekenfonds voor 's-Hertogenbosch en Omstreken nogal succesvol. In Kaatsheuvel kwam de commissie met de plaatselijk artsen in een Babylonische spraakverwarring: de plaatselijke artsen wilden een oud ziekenfonds van onbestemde herkomst omzetten in een afdelingsfonds, terwijl de arbeiders er een onderling katholiek ziekenfonds van wilden maken.

Deze Kaatsheuvelse kwestie was voor de Centrale Commissie aanleiding contact te zoeken met de NMG. L.H. van Romunde, de voorzitter van de Rooms-Katholieke artsenvereniging, was van mening dat artsen als medewerkers van katholieke ziekenfondsen rekening dienden te houden met de katholieke moraal en dat de NMG het oprichten van katholieke onderlinge ziekenfondsen niet moest tegenwerken.²⁴² Daarbij merkte een commentator in het blad van de Landelijke Federatie, *Het Ziekenfonds*, op dat andere ziekenfondsen op hun beurt van de katholieke artsen konden eisen, dat ze de principes van het Neo-Malthusianisme juist wel zouden toepassen en bereid zouden zijn tot geboortebeperving en abortus.

De Federatie verklaarde zich tegen samenwerking tussen de NMG en het RKWV. Zij voelde zich niet in een hoek gedreven²⁴³, maar betreurde de versnippering van het ziekenfondswezen als allerlei religieuze en politieke groeperingen hun eigen fondsen oprichtten.²⁴⁴ Zij verweet de Maatschappij dat deze zich bij de onderhandelingen voor het Unificatierapport had uitgesproken voor het stimuleren van een ziekenfonds per regio, maar uit eigenbelang door onderhandelingen met de katholieken de mogelijke vereenvoudiging van het ziekenfondswezen tenietdeed.

De NMG hield op 28 en 29 januari 1928 een Algemene Vergadering waar het Hoofdbestuur een voorstel deed om met het RKWV een overeenkomst te sluiten.²⁴⁵ De Maatschappij verplichtte zich te helpen bij het oprichten van katholieke ziekenfondsen op de algemene voorwaarden, die in de collectieve overeenkomsten werden gebruikt. De artsen die aan dit contract zouden deelnemen zouden zich moeten houden aan de rooms-katholieke moraal. Het RKWV accepteerde onbeperkte toelating van alle artsen en specialisten en vrije keuze uit deze artsen door de verzekerden, toepassing van de regels van de toelating van niet-NMG-leden en de vaststelling van plaatselijke welstandsgrenzen.

De NMG gaf hiermee in feite haar opvattingen over de volledig vrije artsenkeuze prijs. NMG-leden, die principeel voorstander waren van het Neo-Malthusianisme, konden immers geen diensten verlenen aan katholieke ziekenfondsen. Deze conceptovereenkomst riep daarom bij de NMG-leden veel weerstand op.²⁴⁶ De meeste katholieke artsen, ook de Brabantse, bleken niets te voelen voor de ideeën van het Hoofdbestuur. De artsen merkten zelf ook dat de overeenkomst de vrije artsenkeuze van de NMG op losse schroeven zou zetten. Uiteindelijk zouden de katholieke fondsen streven naar het ideaal *in elk R.K. gezin een R.K. arts*.

De Federatie bleef het samenspel van de katholieke zuil en de belangenorganisatie van de artsen met lede ogen bezien. Zij verweet de katholieke vakbeweging sektarisme in het Nederlands ziekenfondsstelsel te brengen en probeerde als tegenwicht contact te zoeken met het NVV om te voorkomen dat de andere vakcentrales op eigen houtje politieke ziekenfondsen zouden stichten.²⁴⁷ De versnippering en verspilling zou steeds groter worden: *bij het oprichten van R.K. - en Chr. fondsen zal een deel van de arbeiders zich laten overschrijven, de Hollandsche kudde gedweeheid is bekend, doch staat vast dat nog een groot deel der georganiseerde arbeiders ingeschreven zijn als stamboeknummer in de Directiefondsen en de fondsen van de Mij. ter bevordering der Geneeskunst*. Een schets van de betrokkenheid van de Nederlandse ziekenfondsverzekerde in een notendop!

Inmiddels had het RKWV tot verbazing van de NMG en de Federatie zijn eisen met betrekking tot de toepassing van de moraalclausule laten vallen, als de NMG maar wilde medewerken aan de oprichting en instandhouding van katholieke ziekenfondsen.²⁴⁸ De NMG had meer moeite om voor de interne meningsverschillen over de samenwerking met de katholieke vakbonden een oplossing te vinden. Uiteindelijk verklaarden de Brabantse en Limburgse afdelingen dat de artsen niet onwelwillend stonden tegen de oprichting en instandhouding van levensbeschouwelijke oftewel

rooms-katholieke ziekenfondsen en de hantering van de moraalclausule. De bisschoppen zouden katholieke artsen anders zelfs kunnen verbieden lid te blijven van de NMG.²⁴⁹

De overeenkomst met het RKWV werd op de Algemene Vergadering van 1 juni 1930 aangenomen.²⁵⁰ Het kwam er in deze definitieve overeenkomst op neer dat de verzekerden van de katholieke ziekenfondsen verantwoordelijk werden gesteld voor de eerbiediging van de beginselen van de katholieke moraal bij hun medische verzorging. De verantwoordelijkheid voor de toepassing van de moraalclausule werd dus gelegd bij de verzekerden, niet bij de arts. Deze zou zich echter bij zijn behandeling moeten onthouden van handelingen of adviezen, waarbij de verzekerden in conflict zou komen met de katholieke zedenleer.

Opmerkelijk genoeg werd de principes van het bindend besluit van 1912 geweld aangedaan: artsen mochten hun medewerking verlenen aan katholieke ziekenfondsen, die door de NMG volgens dit bindend besluit niet konden worden erkend.²⁵¹ Het NMG-bestuur wilde hiermee nog proberen de vrije artsenkeuze bij deze fondsen te redden, maar het gevolg was dat dit bindend besluit zijn betekenis verloor en de NMG haar houding tegenover de Federatie zou moeten herzien. De principiële basis voor haar ziekenfondspolitiek sinds 1912 was hiermee verdwenen!

De zuil en de artsen hadden hun overeenkomst afgesloten na veel problemen, gewetensconflicten en onduidelijkheden. De overeenkomst had uiteindelijk zelf weinig gevolg. Eens te meer was de interne verdeeldheid bij de NMG gebleken, maar de Maatschappij had de morele problemen praktisch opgelost. De oprichting van katholieke ziekenfondsen was in een stroomversnelling gekomen, maar het belangrijkste resultaat was de versterking van de samenwerking Federatie-NVV. De NMG zou de manier waarop zij de ziekenfondsen benaderde, moeten aanpassen. De vrije artsenkeuze was altijd al moeizaam te realiseren, maar door het krampachtig manoeuvreren tegenover het RKWV eigenlijk niet meer te verdedigen.

2.6 Polarisatie in het ziekenfondswezen: artsen, vakbonden, ziekenfondsen, overheid en pariteit, 1930-1940

1930 is met de invoering van de Ziektewet in de ontwikkeling van de relatie ziekenfondsen-artsen een cesuur. Sinds de NMG in 1912 haar ziekenfondspolitiek had geformuleerd, was er met name in de steden, waar voldoende ziekenfondsen waren, in de relatie een evenwicht ontstaan. De verhoudingen werden in onderling overleg geregeld door middel van collectieve overeenkomsten. Op het platteland werd de ziekenfondsverzekering verzorgd door de oude doktersfondsen, de Maatschappijfondsen en kleine onderling beheerde fondsen. De Ziektewet werd in 1930 van kracht en kon door de verplichting tot een ziekenfondslidmaatschap gevolgen hebben voor de krachtsverhoudingen tussen de onderling beheerde fondsen, gesteund door de vakbonden en de artsen. De overheid speelde daarbij een belangrijke rol. Hoe reageerden deze partijen op deze ontwikkelingen? Welke middelen gebruikten zij daarbij en wat waren hun principiële standpunten?

De werkloosheid, het gevolg van de crisis, had grote gevolgen voor het inkomen van de ziekenfondsverzekerden. De ziekenfondsen en de artsen zorgden in overleg met gemeentelijke overheden voor premiesubsidies om verlies van verzekerden te voorkomen: de crisisregelingen.

De ontwikkeling van de Maatschappijfondsen

Het had de NMG met de ontwikkeling van Maatschappijfondsen nooit meegezet. Sinds 1912 waren er op papier veel fondsen opgericht, maar bij dit stadium was het meestal gebleven. De plaatselijke artsen moesten als belanghebbenden deze fondsen zelf in werking stellen, maar over het algemeen konden maar een paar afdelingsleden er enig enthousiasme voor opbrengen. In de steden waren de contracten succesvoller, en op het platteland gaven de huisartsen de voorkeur aan hun privé-doktersfonds.²⁵² Praktische obstakels waren vaak de regeling van tandheelkundige hulp en de medewerking van de plaatselijke apothekers en specialisten. Sommige Maatschappijfondsen waren dan maar opgericht met uitsluitend de verstrekking van huisartsenhulp.²⁵³

Het Hoofdbestuur, het HB, en de Huisartsen Commissie, de HC, probeerden de Maatschappijfondsen te stimuleren door het ontwikkelen van modelreglementen, het verbeteren van de administraties door samenwerking met het Rotterdamsch Ziekenfonds en het geven van richtlijnen voor honorering. In 1921 werd geadviseerd te honoreren per ziel en niet per verzekerde en in het vervolg vaste bedragen uit te keren. Voor die tijd werd gewoon het exploitatie-overschot onder de artsen en apothekers verdeeld.²⁵⁴ Pas in 1927 kwam er een regeling voor de betaling van de specialisten die hun diensten aan de Maatschappijfondsverzekerden leverden. Het stelsel van de specialistenpot zou daarvoor als leidraad moeten dienen.²⁵⁵

De Maatschappijfondsen werkten niet samen. Ze bepaalden zelf of ze deelnamen aan het contract met het Rotterdamsch Ziekenfonds en stippelden hun eigen beleid uit. In 1919 was door de NMP en de NMG afgesproken dat zij autonoom zouden zijn, behoudens goedkeuring voor reglementsveranderingen en toezicht op het beheer.²⁵⁶ Het HB en de HC erkenden deze autonomie, maar zij vonden het in 1926 toch te gek dat er tussen 40 NMG-fondsen geen enkel overleg bestond. Deze fondsen moesten toch tegenover de Landelijke Federatie kunnen samenwerken.

Op 4 juli 1926 kwamen daarom voor de eerste maal de vertegenwoordigers van deze fondsen bij elkaar. Tijdens deze vergadering werden twee dingen duidelijk. De zelfstandigheid van de fondsen was beperkt omdat de NMG hun juridische eigenares was.²⁵⁷ Bij liquidatie zou de Maatschappij dus opdraaien voor de verliezen. Voorts bleek de behoefte aan de instelling van een gezamenlijke accountantsdienst voor controle op de administratie en aan een adviesorgaan. Dit zou kunnen worden voorbereid door overleg van de fondsadministrateurs, waarmee dezen door de artsen als professionals werden erkend en werden beschouwd als degenen met de grootste deskundigheid op het gebied van fondszaken. De afdeling Heerlen suggereerde zelfs een vakvereniging van administrateurs, maar dat ging de doktoren toch een tikkeltje te ver.

De accountantsdienst kwam er door tegenwerking van het HB niet. De NV CAVINED, de Centrale Administratie Verzekeringsinstellingen in Nederland, kwam er wel. Deze NV werd in 1928 opgericht door enkele HC-leden, die met dit administratiekantoor wilden proberen het beheer van de Maatschappijfondsen te verbeteren. Zij hadden met hun initiatief succes. In 1930 werd hun het administratief beheer van nieuwe fondsen gegund, waardoor deze CAVINED-fondsen onder de Maatschappijfondsen een groep met uniforme procedures en een uniform financieel beheer vormden.²⁵⁸

Samenwerking tussen artsen en verzekerden: de eerste plannen voor een federatie van Maatschappijfondsen

Het overleg van de vertegenwoordigers van Maatschappijfondsen werd jaarlijks voortgezet. In 1928 kwamen de fondsen overeen samen te werken bij het overschrijven van leden, die naar een andere gemeente verhuisden.²⁵⁹ Tegelijk spraken de HC en de Specialisten Commissie, de SC, en de Maatschappijfondsen de wens uit voor de oprichting van een Maatschappijfondsenfederatie en een algemeen landelijk Maatschappijfonds. Zij wilden hiermee proberen het streven van de Landelijke Federatie om nieuwe onderling beheerde fondsen op te richten tegen te gaan.

Het HB weigerde echter over deze ideeën te praten. Een centrale landelijke administratie van een dergelijk fonds zou te omslachtig zijn en te ver af staan van de plaatselijke ontwikkelingen.²⁶⁰ Een vereniging van fondsen was voor het HB helemaal uit den boze, ook al bleef de HC aandringen. De Maatschappijfondsen zouden zich zelfs van de Moedermaatschappij kunnen afscheiden als zij zich zouden verenigen in een federatie.²⁶¹ Het HB verklaarde met het oog op de inwerkingtreding van de nieuwe Ziektewet in 1929 de oprichting van nieuwe Maatschappijfondsen juist te zullen stimuleren en het werkgebied van bestaande fondsen uit te breiden.²⁶² Artikel 48 van deze wet zou immers bepalen dat een verzekerde alleen een uitkering zou krijgen als hij lid was van een ziekenfonds of zich van medische hulp voorzag. Concurrerende onderling beheerde ziekenfondsen zouden daardoor vermoedelijk als paddestoelen uit de grond schieten.²⁶³

De vertegenwoordigers van de fondsen voelden zich in hun hemd gezet.²⁶⁴ De Amersfoortse huisarts G.J. Prins, hun voorzitter, verklaarde dat het HB bang was dat de federatie te veel macht zou krijgen. Het HB was dus, net als bij de pogingen tot vereniging van de huisartsen en specialisten, bang dat dit initiatief de eenheid van de NMG zou verbreken. De vorming van een federatie van Maatschappijfondsen werd, zoals gebruikelijk bij de artsenorganisatie, een machtsstrijd. Deze werd uitgevochten tussen het hoofdbestuur, de Maatschappijfondsen en de artsen die de fondsen steunden. Dit waren zowel huisartsen als specialisten. Zowel de HC als de Maatschappijfondsen zelf probeerden steeds opnieuw de Maatschappijfondsen in een organisatie te verenigen.²⁶⁵

De kwestie bleef onder de oppervlakte tot 1936. Het HB legde aan de Algemene Vergadering van 28 en 29 maart 1936 voorstellen voor, die de macht van dit bestuur over de eigen ziekenfondsen zou versterken.²⁶⁶ Voorzitter C. Kersbergen wilde dat dit zou gebeuren door het samenvoegen van alle Maatschappijfondsen in een stichting en niet in een los verband in een federatie.²⁶⁷ Volgens hem moest het HB zelf fondsen kunnen stichten en naar eigen believen bij bestaande fondsen kunnen ingrijpen. De ideeën van Kersbergen werden door de Vergadering geaccepteerd.²⁶⁸

De belangrijkste actie tegen deze plannen kwam van enkele leden van het bestuur van het Maatschappijziekenfonds Amersfoort. Zij nodigde hun collega's van de andere Maatschappijfondsen in november 1936 uit voor een bespreking over de oprichting van een Maatschappij ter bevordering van het Ziekenfondswezen in Nederland.²⁶⁹ De besturen werden steeds ontevredener met de manier waarop zij door de NMG werden behandeld en eigenlijk werden genegeerd. Zij wilden zelf hun plaatselijke beleid kunnen voeren en zij streefden naar een eigen vertegenwoordiging in de Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen, waar op landelijk niveau de ziekenfondszaken werden besproken.

De stuwende Amersfoortse krachten achter dit idee waren de keel-, neus- en oorarts I.J. van den Helm, de apotheker R.P.G. Zander, de verzekerdenvertegenwoordiger J. v.d. Bunt en de administrateur van het fonds, F.J. Herman. Van de Bunt, een Amersfoorts politiemann, was vakbondslid en ziekenfondsman in hart en nieren.²⁷⁰ Hij was een typisch voorbeeld van de verzekerdenbestuursleden, die in samenwerking met de artsen en apothekers de principes van de Maatschappijfondsen probeerden uit te dragen: vrije artsenkeuze, een goede geneeskundige verzorging van de verzekerden tegen een betaalbare premie en een goede rechtspositie voor de medewerkers, waarbij alle partijen door een evenredige vertegenwoordiging in het fondsbestuur hun belangen konden behartigen. Hoewel zij vaak ook actief waren in het vakbondswerk gaven zij de voorkeur aan eendracht boven de militante houding van de Federatiefondsen.

Het NMG-hoofdbestuur en de HC probeerden de Amersfoortse actie onmiddellijk de kop in te drukken. C. Eggink, de secretaris van de HC en vroeger zelf als bestuurder verbonden aan het Amersfoortse fonds, kreeg door een anonieme inlichting lucht van de aanstaande vergadering. Hij belde Van den Helm met de mededeling dat deze de zaak moest aflazen.²⁷¹ De fondsen zouden eens kunnen denken dat zij zich van de NMG konden losmaken en principiële richtlijnen van de Maatschappij over honoraria en de positie van verzekerden konden doorkruisen!

Van den Helm voelde zich geschofferd, want de NMG-leiding had niet eens de moeite genomen naar de argumenten van de fondsen te luisteren. De vergadering ging door, maar er werden geen besluiten

genomen.²⁷² Van den Helm en de zijnen kregen wel de steun toegezegd van 25 fondsen, waaronder het grote Utrechtse VHZ. De Utrechtsche Huisartsen Vereeniging verklaarde haar instemming met de plannen van de fondsen door openlijk het NMG-bestuur te verwijten dat de fondsen als onderdeel van de Maatschappij buiten de ziekenfondspolitiek werden gehouden en het opnieuw te veel de touwtjes in handen hield.²⁷³ Voor Kersbergen en de zijnen was het geen serieuze onderneming. Het persoonlijk overwicht van de medici in de besturen van de Maatschappijfondsen was volgens hen zo groot, dat deze toch wel de kant van het hoofdbestuur en de HC zouden kiezen.²⁷⁴ De Maatschappijfondsen en de NMG-afdelingen kregen een brief met de mededeling dat zij aan de Amersfoortactie geen medewerking mochten verlenen.²⁷⁵

Van den Helm mocht op 9 januari 1937 zijn ideeën bij het HB verdedigen.²⁷⁶ Dit deed hij met verve en hij schetste de problemen waar de ziekenfondsen en vooral de Maatschappijfondsen in deze periode mee te maken hadden. De verzekerden en de apothekers hadden volgens hem geen greintje respect voor de voortdurende strijd, die de specialisten en huisartsen met elkaar om de contracthonoraria uitvochten. Door versterking van de positie van de specialisten werden de honoraria van de apothekers vaak gekort met als gevolg een *strijd tussen hulpverleners om een geldkwestie*. Van den Helm vond dit schandalig voor de verzekerden en nadelig voor de artsen zelf, want de verzekerden hadden 1/3 van de bestuursplaatsen bij de Maatschappijfondsen. Vroeger waren deze bestuursleden mannetjes die hun bestuursplaats al lang mooi vonden, maar nu kwamen *MANNEN in de besturen met verstand, organisatiegevoel en talent waar artsen niet tegenop kunnen*. De verzekerde was geëmancipeerd! Hij kon nu bovendien achter de schermen van de artsen kijken en daar de chaos bij de artsen zien. Van den Helm pleitte voor eenheid binnen de NMG, opdat huisartsen, specialisten en ziekenfondsen op de juiste manier zelfstandig in eigen organisaties binnen de Maatschappij hun belangen konden behartigen. Ondanks of juist dankzij zijn verdediging kreeg hij nul op het rekest. Revoluties van de kant van de fondsen werden niet getolereerd.

Het initiatief van Van den Helm, Van de Bunt en Zander liep op niets uit. Het HB bleef bij zijn standpunt dat de NMG alleen een eenheid kon blijven als het alle touwtjes van het ziekenfondswezen in handen hield, speciaal die van de Maatschappijfondsen. Het werd daarin steeds krampachtiger, niet alleen omdat de NMG voor het beheer van de fondsen zelf aansprakelijk was, maar ook omdat deze fondsen in 1936 voor de artsen van levensbelang waren geworden.

De Maatschappijfondsen en hun belang

Op 1 januari 1936 verzekerden 81 Maatschappijfondsen 1.096.136 zielen, Dit was 32,8% van het totaal aantal ziekenfondszielen, 3.337.823.²⁷⁷ Nederland had op dat moment 8.475.000 inwoners.²⁷⁸ De 204 onderling beheerde fondsen, katholieke en neutrale, verzekerden 920.051 zielen; 27,6%. Sinds het HB in 1929 had verklaard achter de uitbreiding van het aantal Maatschappijfondsen te staan, waren er 33 door de NMG beheerde fondsen bijgekomen. Dit waren niet alleen nieuwe fondsen, want ook bestaande fondsen verklaarden zich tot Maatschappijfonds, zoals het Amersfoortse fonds en het Utrechtse VHZ. De Maatschappijfondsen voldeden na 1929 steeds meer aan de behoefte aan de ziekenfondsverzekering op het platteland.

De HC controleerde vanaf 1934 met een eigen accountantsdienst de administratie van de Maatschappijfondsen, maar zorgde niet voor een uniforme administratie. De fondsen voerden in 1936 hun eigen beleid inzake de premievaststelling, verstrekkingen en hantering van de welstandsgrens. De welstandsgrens bleef voor iedere gemeente verschillend en hing grotendeels af van de plaatselijke levensstandaard en de gemeentelijke verordeningen. Het verstrekkingenpakket verschilde nogal. Artsenhulp en geneesmiddelenverstrekking waren standaard, maar de manier waarop in verloskundige hulp werd voorzien verschilde.²⁷⁹ 34 fondsen gaven een uitkering, acht fondsen gaven helemaal geen hulp en 24 voorzagen in een vroedvrouw of hulp door de huisarts. Ziekenhuisverpleging was bij veertien fondsen bij de premie inbegrepen, zeventien fondsen verstrekten dit facultatief.

In 1936 sloten de NMT en de NMG een overeenkomst voor de tandheelkundige hulp voor alle Maatschappijfondsen.²⁸⁰ De verzekerden kregen daardoor een gebitsverzorging geboden volgens *systematisch rationele beginselen met eenvoudige middelen* of gebitssanering. Deze bood het wegnemen van pijn, extractie, eenvoudige plastische vullingen, mondreiniging, voorlichting en herstel van de kauwfunctie door een plaatprothese. Wortelkanaalbehandeling werd alleen in uitzonderingsgevallen vergoed. HC-secretaris Eggink was de grote pleiter voor deze overeenkomst. Tandheelkundige hulp was volgens hem niet meer weg te denken uit het ziekenfondspakket en hij zag in deze tandheelkundige regeling een goed propagandamiddel voor de NMG-fondsen.

Toch was het praktisch belang van de overeenkomst gering. In 1936 boden 54 Maatschappijfondsen al extractieve, conserverende en prothetische hulp aan 917.363 zielen, 83,7% van hun verzekerden.²⁸¹

Van de 205 onderling beheerde fondsen voorzagen 78 fondsen hun 756.872 zielen van deze zorg. 55% van de Nederlandse ziekenfondsverzekerden had daardoor recht op een redelijk volledige gebitszorg, waarbij de NMG-fondsen het grootste deel voor hun rekening namen. Dat de verzekerden er onvoldoende gebruik van maakten was een ander verhaal.²⁸² Door het verzekerdental van de Maatschappijfondsen was de overeenkomst in ieder geval een belangrijke stap in de richting van een landelijk uniforme tandheelkundige verzorging voor de ziekenfondsverzekerden.

De Maatschappijfondsen trachtten evenals de onderling beheerde ziekenfondsen te voorzien in een premiebetalingsregeling voor door de crisis werkloos geraakte verzekerden. Velen konden hun ziekenfondspremie niet meer opbrengen en waren gedwongen hun lidmaatschap op te zeggen. Werklozen waren vaak gedwongen een beroep te doen op de medische armenzorgdiensten en het inkomen van de artsen ging achteruit door minder ziekenfondshonorarium. Tijdens de eerste jaren van de Crisis daalde het aantal verzekerden en dit betekende een extra aanslag voor de gemeentelijke armenzorgdiensten, die toch al overbelast waren door de werkloosheidssteun.²⁸³ Gemeenten probeerden vaak met artsen en de ziekenfondsen regelingen te treffen om reducties op de premie te kunnen geven. De minister van Sociale Zaken verbood hen echter in een circulaire van april 1932 de ziekenfondsen actief te steunen, want een dergelijke subsidie werd als een verkapte steunverhoging gezien en mocht daarom niet worden toegestaan.

Bij de NMG pleitten vooral Eggink en de Utrechtse huisarts H.G. Hamaker, de vroegere secretaris van de HC, voor een uniforme regeling voor de Maatschappijfondsverzekerden.²⁸⁴ De artsen waren unaniem van mening dat verlaging van de ziekenfondstarieven geen soelaas zou bieden. De ziekenfondsen hadden te weinig reserves en de artsen zouden nog meer inkomsten moeten inleveren.²⁸⁵ In 1932 en 1933 werd overlegd over een systeem, waarbij medewerkers en de gemeenten in een apart crisisfonds zouden storten, los van de ziekenfondsen. De medewerkers stonden daarbij eerst 10% en later 5% van hun honorarium af.

De minister van Sociale Zaken kondigde onder druk van ziekenfondsen, gemeenten, vakcentrales en artsen in juli 1934 af dat een reductieregeling toch mocht worden toegestaan.²⁸⁶ De gemeenten konden subsidie verlenen als de verzekerde zelf meebetaalde. De meeste gemeentelijke besturen troffen daarop hun eigen regelingen. Eggink probeerde de Maatschappijfondsen op één lijn te krijgen met een gemeenschappelijke crisisregeling, maar dit mislukte.²⁸⁷ De artsen en Maatschappijfondsen sloten zich ieder in hun gemeente aan bij de plaatselijke maatregelen, waarbij ook de onderling beheerde fondsen betrokken werden.

De crisisregelingen bestonden meestal uit een bijdrage van de artsen uit hun honoraria en een gemeentelijke subsidie. Het voordeel van deze arrangementen was dat de armenzorgdiensten ontlast werden, de ziekenfondsen geen leden verloren en de werklozen zonder beperking fondslid konden blijven. De regelingen kwamen pas laat, in 1934. De meeste ziekenfondsen hadden leden verloren, maar de crisisregelingen stopten dit proces.²⁸⁸ Zij voorzagen in een behoefte, want in 1936 namen ongeveer 100.000 van de ±600.000 werklozen aan de crisisregelingen deel.²⁸⁹ De NMG-fondsen en de artsen droegen in grote mate bij tot het succes van de regelingen.

De Maatschappijfondsen waren voor de artsen belangrijk geworden. Zij boden een alternatief voor slechte ziekenfondscontracten en vormden bij onderhandelingen een stok achter de deur voor betere voorwaarden. Zij vormden door hun ledentallen een belangrijke bron van inkomsten voor de artsen en de andere medewerkers, terwijl de artsen door hun overheersende positie zichzelf de beste brokken uit de premieopbrengsten konden toebedelen. Als laatste kon de NMG met haar eigen fondsen een vuist maken tegenover de overheid, de onderling beheerde ziekenfondsen en de vakbonden bij besprekingen over wetgeving en de onderlinge regeling van ziekenfonsaangelegenheden.

De bloei van de Maatschappijfondsen was te danken aan het initiatief van onderaf. De besturen waren, net als bij de onderling beheerde fondsen, de drijvende krachten achter de regeling van de ziekenfondsverzekering. Zowel de artsen als de verzekerdenvetegenwoordigers spanden zich voor hun fonds en het fondswezen in. Amersfoort is als voorbeeld gebruikt, maar ook in Zutphen, Deventer, Utrecht en Zeist waren beide groepen actief.²⁹⁰ Zij zetten zich naar beste vermogen in voor een zo volledig mogelijke en betaalbare zorg voor hun verzekerden en voor een goede rechtspositie van de medewerkers, net als hun collega-bestuurders van de onderling beheerde ziekenfondsen.

Desondanks bleven de Maatschappijfondsen en de onderling beheerde fondsen, vooral de Federatiefondsen, ver van elkaar staan. De standpunten over vrije artsenkeuze, het beheer van eigen instellingen en het verschil in politieke opvattingen maakten samenwerking steeds moeilijker.

De samenwerking tussen de NMG-fondsen zelf bleef informeel en ongeregeld door de ongelukkige manier waarop de NMG-leiding zelf de touwtjes voor de oprichting van een koepelorganisatie in handen wilde houden. Dit verzwakte de positie van de Maatschappijfondsen, terwijl zij als groep door

hun grote aantal verzekerden en medewerkers juist steeds belangrijker werden voor de landelijke ziekenfondsverzekering.

Groepsvorming bij de onderling beheerde ziekenfondsen: neutraal en verzuild

Het mislukken van een federatie van Maatschappijfondsen verslechterde de positie van de artsen en de apothekers des te meer omdat de contacten van de onderlinge ziekenfondsen en de vakbonden steeds hechter werden. De fondsen en de bonden wilden het onderling beheerd ziekenfondswezen versterken tegen de macht van de NMG en voor de versterking van hun uitgangspositie bij de invoering van ziekenfondswetgeving.

De Landelijke Federatie had na het opheffen van de Unificatiecommissie in 1926 de relatie met het NVV als enige mogelijkheid gezien om haar aandeel in de ziekenfondsmarkt te versterken, zowel door propaganda als met politieke middelen.²⁹¹ De Ziektewet en de te verwachten ziekenfondswet maakten samenwerking van de vakbonden en de ziekenfondsorganisatie nog meer noodzakelijk.²⁹² De Federatie voelde de pogingen van het RKWV uit de periode 1925-1930 om katholieke ziekenfondsen op te richten en overeenkomsten met de NMG te sluiten als concurrentie. Zij was bang dat verdere invoering van de verzuiling tot versnippering van het ziekenfondswezen zou leiden, tot genoegen van de artsen. De Federatie en het NVV sloten op 31 oktober 1929 daarom een overeenkomst voor de oprichting van de Algemeene Raad ten behoeve van het ziekenfondswezen.²⁹³

Het CNV sloot zich direct bij deze Raad aan. Het RKWV werd ook uitgenodigd, maar dit bemoeide zich liever met de eigen fondsen en de NMG-overeenkomst.²⁹⁴ De katholieke ziekenfondsen, het RKWV en de Raad besloten in 1932 wel tot samenwerking om sterker te staan tegenover de NMG.²⁹⁵ Fusie was daarbij niet aan de orde, want de ideologie van het katholieke ziekenfondswezen was te sterk.²⁹⁶

Het katholieke ziekenfondswezen maakte in deze periode een stormachtige ontwikkeling door. De rooms-katholieke vakbond had een Centrale Commissie, de CC, die de belangen van de katholieke ziekenfondsen behartigde. De katholieke ziekenfondsen hadden behoefte aan een sterke centrale organisatie. De waarde van de overeenkomst met de NMG was tegengevallen, want de NMG trok altijd partij voor haar leden in geval van een geschil met de katholieke fondsen. De artsen van de NMG-afdelingen Breda en Tilburg hadden in 1930 hun medewerking aan de plaatselijke diocesane fondsen geweigerd, omdat zij geen 2/3 deel van de zetels van het bestuur van deze fondsen toegewezen hadden gekregen. Tot ergernis van de CC keurde de NMG deze houding goed. Het RKWV-bestuur concludeerde daarop dat plaatselijke ziekenfondsen te zwak waren om tegenover de landelijke artsenorganisatie een vuist te maken en besloot tot de oprichting van fondsen, die een heel bisdom als werkgebied zouden krijgen: de centrale diocesane fondsen. Deze vijf fondsen zouden worden gebundeld in een koepelorganisatie.

Deze koepel werd op 12 april 1932 gesticht als Bond van Rooms-Katholieke ziekenfondsen. De Bond was de eerste centralistisch opgezette ziekenfondsorganisatie.²⁹⁷ Het bestuur bestond uit vertegenwoordigers van de fondsen en van het RKWV. Zij zou in het vervolg voor haar leden de contracten met de zorgaanbieders afsluiten, de katholieke ziekenfondsen vertegenwoordigen bij contacten met de overheid en het beheer van de fondsen controleren.²⁹⁸ De aangesloten fondsen waren de diocesane fondsen van Den Bosch, Breda, Roermond, het Haagse St.-Joannes de Deo, het Utrechtse Liduina en het pas opgerichte diocesane fonds van het Aartsbisdom.²⁹⁹

In oktober 1932 namen het RKWV en de Bond een resolutie aan, waarin zij het beleid voor het katholieke ziekenfondswezen voor de komende jaren formuleerden:³⁰⁰

- de katholieke arbeidersbeweging wilde zelf vaststellen of zij de belangen van haar ziekenfondsen zou overlaten aan andere organisaties, of dat zij dit zelf zou blijven doen;
- de zeggenschap van de medewerkers in de besturen zou beperkt moeten zijn tot technische en financiële zaken, niet tot zaken waar het de katholieke moraal betrof als geboortebeperving en abortus;
- het RKWV en de Bond waren bereid tot samenwerking met andere organisaties.

Het RKWV introduceerde met de Bond niet alleen de eerste centrale ziekenfondskoepel, maar versterkte ook de positie van de katholieke zuil in de ziekenfondskwestie. Dit was wel nodig, niet alleen wegens de machtspositie van de NMG, maar ook omdat de verhouding van de Federatiefondsen met de andere vakbonden steeds inniger geworden was. De Bond was een reactie op de samenwerking tussen het NVV en de Federatie en dwong deze door zijn oprichting op zijn beurt weer tot meer eenheid in de Algemeene Raad ten behoeve van het ziekenfondswezen. De partijvorming bij de ziekenfondsen werd steeds sterker, waardoor de relatie van de artsen en de ziekenfondsen steeds meer polariseerde.

De polarisatie: vakbonden, onderling beheerde fondsen en de NMG in conflict

De voornaamste doelstellingen van de Algemeene Raad bij de oprichting in 1929 waren het voeren van propaganda voor het ziekenfondswezen onder de georganiseerde arbeiders, het stichten van door de verzekerden zelf beheerde ziekenfondsen, het bevorderen van de eenheid in het ziekenfondswezen en het bijdragen aan de realisatie van de wettelijke regeling van de ziekenfondsverzekering.³⁰¹ In december 1929 maakte het NVV duidelijk dat de bestuurssamenstelling van de Maatschappijfondsen hem hoog zat. Door de gebruikelijke zetelverdeling van drie artsen, drie apothekers en drie verzekerden hadden volgens de vakbond de vertegenwoordigers van de verzekerden niets in te brengen. Dit was alleen op te lossen door de oprichting van nieuwe arbeidersfondsen.

Hiermee werd een onderwerp aangesneden waar de Huisartsen Commissie van de NMG in mei 1929 al bang voor was.³⁰² Zij had het HB geadviseerd geen afwijzende houding tegen dit streven van de vakcentrales aan te nemen, maar af te wachten. Er waren nog te weinig Maatschappijfondsen om tegen de arbeidersfondsen stelling te kunnen nemen. Daarbij wilde zij het afsluiten van contracten met eventuele door de Raad gestichte fondsen niet in gevaar brengen, want de Raad zelf streefde naar samenwerking met de NMG. Een vijandige houding van de artsen zou bij de ziekenfondsorganisatie verbittering wekken, terwijl deze juist te vriend gehouden moest worden.³⁰³

De vakbonden konden hun politieke invloed gebruiken om een toekomstige ziekenfondswet voor de artsen ongunstig te amenderen en hun ruime geldmiddelen gebruiken om artsen buiten de NMG om aan hun ziekenfondsen te verbinden. *Bij de toenemende talrijkheid en dreigende proletarisering van den geneeskundigen stand is het geenszins onmogelijk dat zij hierin zouden slagen*, was de vrees van de Huisartsen Commissie.³⁰⁴ Het aantal afstuderende artsen steeg snel en er dreigde een tekort aan praktijken. Het moest worden voorkomen dat net als in het verleden artsen de richtlijnen van de Maatschappij zouden negeren en zich aan niet-erkende of vijandige fondsen zouden verbinden.

De Raad was inderdaad actief. Zijn leden voerden gesprekken met ziekenfondsbesturen in alle hoeken van het land, haalden fondsen over om zich aan te sluiten bij de Federatie en bemiddelden bij geschillen met artsen.³⁰⁵ Vooral de verbetering van de tandheelkundige zorg van de aangesloten fondsen stond hoog in het vaandel.³⁰⁶ De secretariaatsaken werden zo uitgebreid dat Van Schaik, de Ziekenzorgman en secretaris van de Landelijke Federatie, als fulltime betaalde kracht werd aangesteld. De verhouding met de NMG was en bleef problematisch. Het HB probeerde zelf directe gesprekken te vermijden en benoemde de HC en de SC tot contactcommissie.³⁰⁷ Zij werkten met de Raad succesvol samen bij de oplossing van plaatselijke problemen, maar de belangrijkste principiële geschillen waren minder makkelijk uit de wereld te helpen.³⁰⁸ Deze betroffen de concurrentie bij het oprichten van nieuwe fondsen, de machtsverhoudingen in de fondsbesturen tussen medewerkers en een oud thema in een nieuw jasje, vrije artsenkeuze of verstrekking van zorg door eigen instellingen. De concurrentiekwestie werd opgelost doordat de NMG in 1931 voorstelde, dat geen partij een fonds zou oprichten in een plaats waar al een fonds van de andere partij bestond. In dat geval zou worden overlegd.³⁰⁹

De kwestie van de machtsverhoudingen en de vrije artsenkeuze hingen met elkaar samen en bleken uiteindelijk onoplosbaar. In januari 1931 was er tussen de Maatschappij en de Raad ogenschijnlijk voldoende overeenstemming bereikt om een samenwerkingsovereenkomst te tekenen, maar dit werd op het laatste moment door het NMG-bestuur afgeblazen.³¹⁰ Het zwakke punt bij de onderhandelingen bleek verschil van mening te zijn geweest tussen de Huisartsen Commissie en het NMG-hoofdbestuur. Dit had om alleen haar bekende redenen de contactcommissie een nogal onduidelijk mandaat meegegeven. De HC, die steeds had verklaard de Raad en vooral de vakbonden liever als vriend dan als vijand te hebben, was volgens het HB te ver gegaan met haar concessies, vooral bij het afsluiten van contracten met arbeidersfondsen. Deze mochten volgens het HB alleen worden afgesloten als de meerderheid van de plaatselijke artsen ermee instemde. De HC had het voldoende gevonden als een minderheid van deze medici er niet op tegen was.

Dit meningsverschil wekte wrevel bij de Raad, en de verhouding met de NMG werd uitermate koel. Het nulpunt werd bereikt toen de Federatie, het NVV en het CNV in april 1931 een adres aan de Tweede Kamer richtten over het ontwerp-Ziekenfondswet van 1930 van de katholieke minister van Arbeid, Handel en Nijverheid, T.J. Verschuur.³¹¹ Zij verklaarden in dit adres, dat zij in deze wet opgenomen wilden zien dat de meerderheid van een fondsbestuur gekozen zou moeten worden uit en door de verzekerden. Zo wilden zij proberen fondsen te weren als het Rotterdamsch Ziekenfonds en het NAZ, zelfstandige onderafdelingen van levensverzekeringsmaatschappijen die werkten als commercieel ziekenfonds.

En passant gaven zij daarbij nog een sneer naar de Maatschappijfondsen. Deze zouden een *meer gezonde basis verkrijgen als voortaan steeds verzekerden de meerderheid van het bestuur zullen*

vormen. De vrije medewerkerskeuze werd in het adres erkend, maar volgens de Federatie en de vakbonden was in de praktijk gebleken dat veel fondsen tandartsen, apothekers en artsen in loondienst hadden en deze hun verzekerden tegen lagere kosten lieten behandelen. De wet moest daarom de mogelijkheid openlaten dat fondsen zelf voor medewerkers met een loondienstverband konden kiezen, naast de vrije medewerkerskeuze.

NVV-bestuurder F.S. Noordhoff, de ideoloog van de Raad, strooide in een brochure over de ziekenfondswet nog wat zout in deze wonden.³¹² Volgens hem was er in het verleden door de drang van de NMG te veel gelet op de rechten van de medewerkers. Daarbij prees hij de voordelen van het verrichtingen- of prestatiestelsel boven het abonnementshonorarium, dat volgens hem in 1918 bij de Utrechtse en Amsterdamse Ziekenzorgfondsen onder dwang van de medici was opgegeven. In de ogen van Noordhoff werden artsen bij betaling op abonnement lui, want *een dokter is een mensch net als elk ander*.³¹³

Hij formuleerde het standpunt van de Raad dat onderling beheerde fondsen eigen artsen of andere medewerkers mochten aantrekken als de plaatselijke medici en apothekers een verbintenis zouden weigeren. Hierbij speelde op de achtergrond een kwestie te Vlaardingen. Daar hadden de bodes van het plaatselijke Maatschappijfonds het onderling beheerde fonds nogal zwart gemaakt en de vijf plaatselijke artsen weigerden de verzekerden van dit fonds te behandelen.³¹⁴ De zaak kon worden opgelost doordat een van de Vlaardingse artsen toch zijn medewerking verleende en assistentie kreeg van artsen van De Volharding. De Volharding zou op deze manier vaker hulp verlenen aan fondsen, die door NMG-artsen geboycot werden.

De rapen waren nu gaar. De partijen van de Raad en de NMG stonden schijnbaar in patstelling tegenover elkaar. Sommige leden van de Raad, zoals Van Schaik, hadden het idee dat het *een herhaling van het jaar 1913* was.³¹⁵ Volgens hen probeerde de NMG voor de tweede keer in de geschiedenis alles om de onderling beheerde fondsen dwars te zitten, terwijl de NMG het gevoel had dat de Raad haar Maatschappijfondsen probeerde aan te vallen en juist voor fondsen als De Volharding wettelijke goedkeuring trachtte te krijgen.³¹⁶

De vergelijking met 1913 ging echter mank. In 1913 beheerste de NMG het strijdtoneel. De Federatie was net opgericht en de ziekenfondsen vormden als collectief nog geen machtsfactor. De vakbonden bemoeiden zich niet met de ziekenfondskwestie. De ziekenfondssitens waren in die tijd beïnvloeding van de verwachte ziekenfondswetgeving, verbetering van de rechtspositie van de medewerkers, bevestiging van de vrije artsenkeuze en verbetering van de ziekenfondsen zelf volgens de richtlijnen van de NMG. Bij dit laatste waren vooral de directiefondsen het doelwit.

In 1931 waren de relaties tussen de fondsen en de medewerkers op plaatselijk niveau vaak contractueel vastgelegd. De ziekenfondsen maakte een proces van administratieve professionalisering door. Op landelijk niveau was de macht van de fondsen versterkt door samenwerking van de Federatie met de vakbonden en de oprichting van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen. De politieke invloed van de fondsen was daardoor niet minder groot dan die van de artsen. De macht van de zorgaanbieders werd verzwakt door de competitie tussen het NMG-hoofdbestuur en de beroepsgroepen, een gebrekkige samenwerking tussen de artsen en de apothekers en de positie van de niet-georganiseerde medici en farmaceuten. De fondsen van de Federatie kregen wel steeds meer concurrentie van de Maatschappijfondsen.

Er was sprake van een evenwicht. De partijen erkenden dat zij elkaar nodig hadden en probeerden elkaar door onderhandelingen te vinden. Deze draaiden echter uit op een machtsstrijd, gelardeerd met ideologische principes. Deze strijd spitste zich toe op twee elementen: vrije artsenkeuze of medewerkerskeuze versus het door de fondsen in eigen beheer houden van verstrekkingen en de invloed van de verzekerden in de fondsbesturen. De overheid stelde zich in de strijd actief als bemiddelaar op en dat was nieuw.

Overheid, ziekenfondsen, de NMG en de vakbonden over de pariteit

De minister van Arbeid, Handel en Nijverheid, Verschuur, probeerde als logisch gevolg op de invoering van de Ziekwet ook de ziekenfondswetgeving te regelen. Zijn ontwerp van oktober 1930 was de derde nota van wijziging op het oude wetsontwerp-Aalberse. De belangrijkste aanpassingen betroffen de verplichting tot het opnemen van een of meer artsen in elk ziekenfondsbestuur en een centrale regeling van het toezicht op de fondsen door middel van een centrale commissie voor het ziekenfondswezen. Dit laatste was geënt op het idee uit het Unificatierapport, waarbij een Centrale Raad voor de algemene leiding voor het Ziekenfondswezen werd voorgesteld.³¹⁷

Het gekibbel tussen Raad en NMG over de macht van de verzekerde bij het fonds spitste zich toe op de samenstelling van de besturen van nog op te richten fondsen: Maatschappijfondsen en

Raadsfondsen. Het hoofdbestuur van de NMG weigerde in juni 1931 een voorstel van de HC om nieuwe Maatschappijfondsen goed te keuren met een samenstelling van zes verzekerden, drie apothekers en drie artsen. Deze zetelverdeling was niet in overeenstemming met het modelreglement voor de Maatschappijfondsen en het huishoudelijk reglement van de NMG, maar de HC probeerde door de vergroting van het aandeel van de verzekerden in de NMG-fondsen de Raad tegemoet te komen.³¹⁸ De Raad wees het voorstel van de HC niet af.

Het HB probeerde echter te voorkomen dat de bestuurssamenstelling van de Maatschappijfondsen en de Raadsfondsen gelijk zou worden, want dan zouden de NMG-fondsen hun betekenis verliezen. De eigen fondsen vormden voor de geneeskundigen hun *enigste verdedigingsmiddel*, want artsen konden, in tegenstelling tot arbeiders, immers niet staken.³¹⁹ De zetelverdeling was voor het HB geen principekwesitie. De bezwaren tegen de gebruikelijke bestuursverhoudingen bij de Maatschappijfondsen waren fictief.³²⁰ In de praktijk had iedere groep zijn recht van veto en nergens deden zich moeilijkheden voor.

Noordhoff en de zijnen legden dit uit alsof het NMG-hoofdbestuur de arbeiders wilde dwingen lid te worden of te blijven van ziekenfondsen waar zij nauwelijks invloed hadden, terwijl de premies van de verzekerden wel de enige bron van inkomsten van deze fondsen waren.³²¹ Het HB maakte dit nog erger door overeenkomsten tussen onderling beheerde ziekenfondsen en plaatselijke artsen te dwarsbomen.³²²

De Raad vroeg op 5 februari 1932 minister Verschuur om bemiddeling om te proberen uit de impasse te komen.³²³ De Hoge Raad van Arbeid had op 4 juli 1931 al aangedrongen op ministerieel ingrijpen, maar de NMG had dit afgewezen. De directeur-generaal van Volksgezondheid, Lietaert Peerbolte, vond echter de opvattingen van de NMG over de verzekerdendeelname uit de tijd. Verschuur droeg hem op om te bemiddelen.

Lietaert Peerboltes voorstel om de helft van de bestuursleden van nieuwe fondsen door de verzekerden en de andere helft door de artsen en apothekers te laten kiezen, vond noch in de ogen van de NMG, noch bij de Raad genade.³²⁴ Hij probeerde in 1932 diverse keren te bemiddelen, maar zonder veel resultaat. De discussies over de machtsverdeling bij de fondsbesturen ging de wereld in als de pariteitskwesitie en bleef de gemoederen tot 1940 bezighouden.³²⁵ Het voorstel van Lietaert Peerbolte had wel tot gevolg dat de vertegenwoordigers van de vakcentrales pariteit als principe accepteerden.³²⁶ Zij verwachtten dat bij de invoering van een ziekenfondswet en andere sociale wetten de uitvoering zou berusten bij werkgevers en werknemers, in dit geval verzekerden en medewerkers.

De problemen tussen de Raad en de NMG werden niet opgelost. Overheidsbemiddeling hielp niet en Lietaert Peerbolte beschikte niet over wettelijke mogelijkheden om de partijen tot een compromis te dwingen. De ironie wilde dat de partijen overtuigd waren van de kracht van de ander en van de eigen zwakheid. De NMG was bang voor de politieke invloed van de vakbond en voor de kracht van de Federatiefondsen, terwijl ze angstvallig de bestaande verhoudingen binnen de Maatschappijfondsen probeerde te bestendigen. Politisering van de ziekenfondsen vonden ze een afgrijselijke gedachte, waardoor het hoofddoel van het fondswezen, de geneeskundige verzorging van de arbeider, uit het oog werd verloren.³²⁷

De zwakte van de Landelijke Federatie

De Landelijke Federatie voelde zich tegenover de NMG zwak doordat NMG-afdelingen bindende besluiten namen, waardoor het leden verboden werd contact te onderhouden met onderling beheerde fondsen van neutrale en katholieke signatuur.³²⁸ Deze fondsen konden hun verzekerden dan geen hulp in natura verstrekken, maar waren gedwongen de doktersrekeningen contant te betalen. De Federatie had te weinig artsen om de gevolgen van deze bindende besluiten te verzachten en de Volharding kon niet eeuwig doktoren blijven leveren.³²⁹ Het probleem van deze afdelingsbesluiten werd uiteindelijk opgelost in overleg tussen de HC en de Raad.³³⁰

De Federatie was organisatorisch en financieel zwak. Zij was nog steeds een vrijwillig verband van onderlinge fondsen, zonder voorschrijvende bevoegdheden en kon haar leden geen contributieverhoging opleggen. De Raad had in 1931 en in 1932 grote propaganda-acties gehouden en de Federatie kon daarvan de kosten niet dragen. Het secretariaat van de Federatie bestond uit één man, Van Schaik, die ook nog de administratie voor de Raad moest doen. Om hem te ontlasten had het secretariaat van het NVV een deel van diens Federatiewerk overgenomen, maar dit werkte eigenlijk niet. Deze problemen werden pas opgelost door reorganisatie van de Federatie in 1936.

Het conflict tussen de Raad en de NMG nam een onverwachte wending door de opheffing van de Raad. In oktober 1933 adviseerde de afgevaardigde van het CNV in de Raad, Kruithof, zijn Algemeen Bestuur te stoppen met de oprichting en versterking van *neutrale ziekenfondsen* en de christelijke

arbeidersbeweging zelf *eigen onderling beheerde ziekenfondsen* te laten oprichten. Kruithof was altijd voorstander van de paritaire bestuursverdeling, tot ergernis van de Federatie.³³¹

De Federatie zag zich in juli 1934 gedwongen ook uit de Raad te stappen. Een Algemeene Raad bestaande uit het NVV en de Federatie was geen Algemeene meer.³³² De Federatie was bang door een te hechte samenwerking met alleen het NVV *het stempel van naar een bepaalde richting georiënteerd te zijn* opgedrukt te krijgen. Dit zou niet alleen naar de politiek en bij de contacten met de NMG nadelig werken, maar ook de verbrokkeling van het ziekenfondswezen nog meer in de hand werken na de versterking van de rooms-katholieke en de oprichting van christelijke ziekenfondsen. De Federatie wilde daarom neutraal blijven.³³³ De Federatie wilde nog wel overleg met het NVV, maar dan over ziekenfonds- en vakbondszaken die voor beide van belang waren. De vakbond wilde een hechtere relatie.

Een praktische oorzaak voor de breuk tussen de Federatie en het NVV was de ergernis van het Federatiebestuur over de manier waarop de Federatie voor de kosten voor de propaganda en het administratieve werk opdraaide. Het oprichten van Raadsfondsen had de Federatie f 35.000 gekost, terwijl de vakbonden financieel niets hadden bijgedragen.³³⁴ Ziekenfondsorganisatie en vakbond waren dus enigszins gebrouilleerd.

De problemen met het NVV kwamen voor de Federatie op een ongelukkig moment. Het bestuur probeerde in 1932 en 1933 de organisatorische problemen op te lossen door de losse federatieve structuur te vervangen door een meer centrale en de zwakke financiën op peil te brengen door verhoging en verbeterde inning van de contributies. Dit mislukte echter. De onderling beheerde fondsen waren voorlopig nog te eigenzinnig om een koepelbestuur te accepteren, dat besluiten kon nemen die hun zelfstandigheid ook maar enigszins zouden belemmeren.³³⁵

Sommige fondsen weigerden bovendien iedere contributieverhoging. In een poging eindelijk eens een vuist te maken royeerde het bestuur op de jaarvergadering van 11 juli 1933 de fondsen Door en Voor Werklieden en Ziekenzorg uit Amsterdam, de Algemeene Rotterdamsche Vereeniging en het Algemeen Ziekenfonds te Schoonhoven. Dit kostte de Federatie 140.000 verzekerden. Het positieve van deze vergadering was dat het bestuur werd vernieuwd. Daardoor werd C.J. van Lienden, afkomstig van het Algemeen Ziekenfonds voor Eindhoven en actief als voorman van het onderling beheerd ziekenfondswezen. Van Lienden zou snel uitgroeien tot de vertegenwoordiger van de onderling beheerde ziekenfondsen in het spel met de overheid en de artsen.

Pogingen tot samenwerking: de Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen

De Algemeene Raad had ondanks alle getwist tussen de NMG, de vakbonden en de Federatie toch zijn nut gehad. De meeste fondsen die door en in samenwerking met de Raad waren opgericht, draaiden goed. De artsen, de ziekenfondsen en de bonden hadden ervaren dat permanent overleg voor de rust en ontwikkeling van het ziekenfondsbestel hard nodig was. De overheid, vooral in de persoon van Lietaert Peerbolte, had daarbij een bemiddelende rol en bleef actief streven naar de ontwikkeling van ziekenfondswetgeving, die voor alle partijen aanvaardbaar was.³³⁶ Dit was door de principiële tegenstellingen en belangenverschillen echter nauwelijks mogelijk.

Na het uiteenvallen van de Raad hielden het RKWV, het NVV en de secretarissen van de HC en de SC in 1934 en 1935 wel contact. De gespreksonderwerpen betroffen de ziekenfondswetgeving, de uitvoering van de plaatselijke crisisregelingen en het beëindigen van plaatselijke conflicten tussen artsen, apothekers en ziekenfondsen. Deze werden onder invloed van de landelijke meningsverschillen op het scherp van de snede uitgevochten. De ernstigste problemen deden zich voor in 1933-'34 bij het einde van het Utrechtse ziekenfondscontract.³³⁷

Bij het overleg van de vakbonden met de HC en de SC werd naar de zin van de Federatie teveel gesproken over de pariteitskwestie. Zij nam daarom geen deel aan de gesprekken en daardoor bleek het voor de bonden en de NMG mogelijk om het in maart 1935 eens te worden over een hernieuwde samenwerking.³³⁸

Deze overeenkomst was koren op de molen van de regering. De minister van Sociale Zaken, Slotemaker de Bruïne, drong in april 1935 aan op de vorming van een centrale commissie voor het ziekenfondswezen, bestaande uit alle partijen, betrokken bij de gezondheidszorg en de ziekenfondsverzekering.³³⁹ Hij nodigde daartoe niet alleen de vakbonden, de Federatie en de NMG uit, maar ook de NMT, de NMP en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Slotemaker de Bruïne wilde zelf de afgevaardigden voor deze commissie benoemen en er een lid van de inspectie van het Staatstoezicht op de volksgezondheid aan toevoegen. Deze commissie zou als maatschappelijk adviesorgaan de invoering van een ziekenfondswet moeten vergemakkelijken.

Het ministerieel plan ging niet door zoals zoveel regeringsinitiatieven op ziekenfondsterrein, hoewel de NMT, de NMP en de Federatie na enige aarzeling wel instemden.³⁴⁰ De NMG lag dwars met de wens voor een paritaire commissie, bestaande uit vertegenwoordigers van de vakorganisaties, de Federatie en haarzelf.³⁴¹ Het NVV, het RKWV, het CNV en de NMG besloten daarop in juli 1935 tot de vorming van de Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen, de CCZ. De CCZ bestond uit drie leden van de NMG en een lid van iedere vakcentrale. De NMT en de NMP deden niet mee. De Federatie sloot zich pas in 1936 aan.

Kersbergen, in 1934 tot voorzitter van de NMG benoemd, werd de eerste voorzitter van de CCZ. Een van zijn grootste prestaties was het doorbreken van het dogmatische NMG-standpunt over de pariteit: na juli 1935 mochten Maatschappijfondsen die er zelf om vroegen de pariteit invoeren.³⁴² De NMG kon volgens Kersbergen niet langer vasthouden aan verouderde standpunten. Het was hoog tijd dat zij haar positie aanpaste aan de gewijzigde machtsverhoudingen en tegemoetkwam aan de eisen van de vakbonden, anders liep zij het risico achter het net van de verzekerden en de toegeeflijkheid van de regering te vissen. Dit nieuwe standpunt vergemakkelijkte de onderhandelingspositie van de NMG. De NMG-voorwaarden voor samenwerking in de CCZ waren de oude ziekenfondsisems: vrije artsenkeuze, welstandsgrens en rechtspositie van de artsen per contract met als nieuw element: pariteit in de besturen met 50% artsen.³⁴³

De CCZ was, net als de Algemeene Raad, actief met assistentie bij crisisregelingen, het oplossen van problemen tussen artsen en fondsen. Zij fungeerde als landelijk overlegorgaan en als adviesorgaan voor de overheid en verzamelde ziekenfondsgegevens voor het Centraal Bureau voor de Statistiek. De Commissie bemoeide zich meer dan de Algemeene Raad met medische zaken. De leden overwogen de landelijke invoering van het Zaanlandse medicijnvoorschriftsysteem om de kosten van de geneesmiddelenvoorziening te beperken en vormden een afzonderlijk fonds voor speciale geneesmiddelen als leverpreparaten, insuline, sera en vaccins.³⁴⁴ De CCZ verzocht de regering voor de ziekenfondsen een regeling te treffen en prijsafspraken te maken voor de levering van insuline van Organon. Deze bleek kwalitatief beter dan de buitenlandse insuline.³⁴⁵

Op verzoek van de Vereeniging van Nederlandsche Gemeenten en NVV-vertegenwoordiger Noordhoff werd een actie georganiseerd voor de oprichting van een vereniging voor schooltandverzorging. De CCZ hield op 11 december 1937 een congres over de tandheelkundige verzorging van de ziekenfondsverzekerden.³⁴⁶ De resultaten waren diep triest. Ondanks de pogingen van de ziekenfondsen om met eigen poliklinieken hun verzekerden een gebitsverzorging te bieden, bleek dat maar 9-10% van de ziekenfondsleden van de gelegenheid voor conserverende tandheelkundige behandeling gebruikmaakte! Daarvan bleven er maar weinig onder controle. De verzekerden bezochten een tandarts alleen als het echt nodig en pijnlijk werd en bleven terughoudend voor verder tandartsbezoek. De tandartsen, vooral de ziekenfondstandartsen, hadden een slecht image, hoewel zij met beperkte middelen hun patiënten zo goed en zo pijnloos mogelijk trachtten te behandelen.³⁴⁷

Polarisatie en het beperkte succes van de CCZ

De invloed van de CCZ was beperkt en dit verzwakte het succes. De NMG en de vakbonden, met name het NVV, bleven het begrip pariteit verschillend definiëren.³⁴⁸ De vakbeweging hield hardnekkig vast aan ziekenfondsen met een democratisch bestuur in plaatsen waar de verzekerden de meerderheid vormden. De pariteit was daarbij een minimumeis. De NMG wilde onder geen beding verder gaan dan de invoering van pariteit in bestaande fondsen. Zij veronderstelde daarbij dat de medewerkersplaatsen eigenlijk zouden worden opgevuld door de artsen, ten koste van de apothekers.³⁴⁹ Plaats voor tandartsen in de besturen was er niet. De NMT werd door de bonden en de NMG buiten de CCZ-deur gehouden.³⁵⁰

Voor de NMP was er ook geen plaats. De verhouding tussen de NMP en de NMG was al jaren lang bijzonder koel. In 1931 verklaarde de NMP-ziekenfondsgedelegeerde Van Itallie dat de samenwerking met de NMG bij de oprichting van Maatschappijfondsen verwaterd was.³⁵¹ Artsen en apothekers waren op lokaal niveau wel actief met hun fondsen, maar de contacten tussen de Maatschappijen waren spaarzaam. De NMG onderhandelde in ziekenfondskwesties wel met de vakbonden, maar niet met de zustermaatschappij. De NMP vond dat de huisartsen en specialisten zich bij de honorariumonderhandelingen voor collectieve contracten te veel op hun eigen belang lieten en niet op dat van hun collega-medewerkers, de apothekers. In 1935 had de Utrechtse specialist Van Romunde, de voorzitter van de Specialisten Commissie, verklaard dat de historisch gegroeide honorariumverhoudingen moesten worden aangepast.³⁵² De specialistenhonoraria dienden te worden

verhoogd ten koste van de apothekers. Deze kregen landelijk gemiddeld f 1,80 per ziel per jaar en volgens de algemene opinie was dat aan de hoge kant.

De pariteit was de NMP ook een doorn in het oog. De NMG had in de ogen van de NMP bij de Algemeene Raad en de CCZ bewust gekozen voor een commissie met vakcentrales en de apothekers daar buiten gelaten. Deze hadden toch met kracht meegewerkt aan de oprichting van Maatschappijfondsen en werden nu maar aan de dijk gezet.³⁵³ Zij waren verbolgen over de manier waarop de NMG in de CCZ over de rug van de farmaceuten sprak over de zetelverdeling bij de ziekenfondsen. De apothekers eisten hun aandeel in de bestuursplaatsen en in het eigendom van de Maatschappijfondsen op, maar de NMG ging daar niet op in.³⁵⁴

De NMP werd dus niet bij de CCZ betrokken. Uit weerspanningheid weigerde zij de Commissie cijfers te leveren voor de berekening van nieuwe ziekenfondshonoraria en sloot in 1937 met de farmaceutische groothandel een voor apotheekhoudende huisartsen nadelige overeenkomst. Het NMG-hoofdbestuur probeerde deze ongedaan te maken, maar zonder succes.³⁵⁵ De NMG maakte door haar houding een grote fout. Zij had de apothekers als collega-zorgaanbieders in haar overleg met de vakbonden hard nodig, maar zette haar oude en belangrijkste medestrijdster aan de kant. De verhouding met de NMP werd nooit meer echt goed.³⁵⁶

Het formele einde van de CCZ kwam in de zomer van 1939. Het NVV, het CNV, het RKWV en de ziekenfondsorganisaties stuurden een resolutie naar de minister van Sociale Zaken met het verzoek te bevorderen dat:

- de vrijheid van organisatie op ziekenfondsgebied principieel zou worden gewaarborgd;
- van overheidswege een Ziekenfondsraad zou worden ingesteld, *aan welke raad bevoegdheden waren te verlenen om moeilijkheden op ziekenfondsgebied tot een oplossing te brengen.*³⁵⁷

Deze resolutie was symbool van het mislukken van de pogingen van de NMG, de vakbonden en de ziekenfondsorganisaties om door onderling overleg en zonder overheidsarbitrage het Nederlandse ziekenfondsbestel te reguleren. Ze hadden het wel geprobeerd, maar de onderlinge tegenstellingen waren te groot, hoe futiel misschien in de ogen van latere generaties. Zij waren het wel eens over de doelstellingen van de ziekenfondsverzekering, maar in hun strijd om de macht kwamen deze vaak niet eens aan de orde. De vakbonden hadden tijdens deze strijd bewezen over grotere tactische vaardigheden te beschikken, maar het lukte ze niet de NMG tot een overeenkomst te dwingen, noch in de tijd van de Algemeene Raad, noch in de CCZ. De NMG gaf in de pariteitskwestie beetje bij beetje toe en kon door gebrek aan medestanders niet tegen de vakbonden op. Tot haar grote woede werden in plaatsen waar goede Maatschappijfondsen werkten ook onderlinge fondsen opgericht.³⁵⁸ Toch ontkwam zij aan een strategische nederlaag door in de CCZ voorstellen van de tegenpartij te traineren of er niet op te reageren.

De spanningen tussen de NMG en de andere partijen waren in juli 1938 zo hoog opgelopen dat de vakbonden en de ziekenfondskoepels niet meer spraken over pariteit, maar over de vrijheid van organisatie op ziekenfondsgebied. Zij wilden daarmee problemen voorkomen voor fondsen die er niet in slaagden bij overeenkomst de medewerking van artsen en apothekers te garanderen en eigen instellingen begonnen. Het verzoek om een Ziekenfondsraad was voor de vakbonden eigenlijk een *scherm om te verhullen dat zij geen oplossing hadden.*³⁵⁹ Vooral de ziekenfondsorganisaties wilden overheidsingrijpen uit angst voor verheving van de ziekenfondsstrijd. De spanningen en problemen waren in 1939 niet anders dan in 1935, ondanks het CCZ-overleg. Toch was er iets veranderd in de CCZ-tijd: het onderling beheerd ziekenfondswezen was versterkt door hernieuwde samenwerking met het NVV en de reorganisatie van de Landelijke Federatie.

Het wetsontwerp-Slingenberg, de Federatie en het NVV

De Landelijke Federatie had in 1935 deelname aan de CCZ geweigerd. Van Lienden en de zijnen weigerden niet alleen de opvattingen van de NMG en de vakbonden over de pariteit te accepteren, maar vonden ook dat ze als ziekenfondsorganisatie te weinig zetels in de Commissie kregen.³⁶⁰ De Federatie was ondanks alle problemen met de NMG nog steeds geen tegenstander van de vrije artsenkeuze, maar medici mochten volgens de ideologie van de onderling beheerde ziekenfondsen in de besturen niet dezelfde macht krijgen als de verzekerden.

De Federatie was in 1935-'36 ook tegen de invoering van ziekenfondswetgeving. Rond de jaarwisseling 1933-'34 was in Utrecht een crisis uitgebroken tussen Ziekenzorg, de andere ziekenfondsen, de medewerkers, de NMG en de NMP. Ziekenzorg was door de druk van de georganiseerde artsen en apothekers gedwongen tot een snelle oprichting van eigen instellingen: een apotheek, een specialistenpolikliniek, een tandheelkundige polikliniek en huisartsen in loondienst. Het bestuur van Ziekenzorg werd gereorganiseerd tot een verzekerdenbestuur.³⁶¹ Het fonds werd hierbij

gesteund door de Volharding en andere Federatiefondsen. Deze Utrechtse ziekenfondscrisis was voor Lietaert Peerbolte aanleiding om de ontwerp-ziekenfondswet, het wetsontwerp-Slingenberg, aan te passen met paritaire besturen en paritaire Commissies van Toezicht. Hij hoopte hiermee de concurrentie tussen de artsen en de fondsen te kunnen verbieden, maar deze opzet werkte averechts.³⁶² Zijn voorstel was de NMG welgevallig, maar viel verkeerd bij de Federatie.

De Volharding en Ziekenzorg bleken als volbloed onderling beheerde ziekenfondsen zo succesvol te werken, dat de Federatie in 1935 deze wettelijke pariteit volstrekt weigerde.³⁶³ Wetgeving was voor haar alleen acceptabel als de regering de onderlinge fondsen toestond artsen in loondienst te nemen, maar het wetsontwerp zou eigen instellingen juist onmogelijk maken.³⁶⁴ De wet leek daardoor de Maatschappijfondsen te bevoordelen en de Federatie eiste daarom een volledig vrije ontwikkeling van het ziekenfondswezen. Fondsen moesten zelf kunnen bepalen hoe zij hun bestuur inrichtten.³⁶⁵ Zij verklaarde wel een door Lietaert Peerbolte voorgestelde Ziekenfondsraad te accepteren. Alle partijen met ziekenfondsbelangen zouden in deze raad vertegenwoordigd moeten zijn, zonder dat een van hen beslissende invloed kreeg. Deze raad zou geschillen en moeilijkheden in het ziekenfondswezen kunnen oplossen onder toezien van de overheid.

De Federatie en het NVV vonden elkaar in de strijd tegen het Slingenberg-voorstel, hoewel het NVV tegen de zin van de Federatie de pariteit wilde blijven verdedigen. Dit geschilpunt werd verzacht, doordat de vakbond het blokkeren van de oprichting van eigen instellingen als eigen apotheken hekelde. Zij vond dat de fondsen door het in de wet voorgeschreven verstrekkingen-pakket zonder subsidie hun premies te veel zouden moeten verhogen. Het NVV was tegen de wet omdat Slingenberg nog steeds overheidssubsidiëring van de ziekenfondsen weigerde.³⁶⁶ De bond was juist nog steeds voorstander van een gezondheidszorg volgens de richtlijnen van het Unificatierapport uit 1925.³⁶⁷ De bond verweet de overheid te willen ingrijpen in de delicate kwestie van de vrije artsenkeuze terwijl het maatschappelijk veld, de medici en de leken, nog te verdeeld was en de ideeën over dit onderwerp nog verder ontwikkeld moesten worden.

De Federatie hield demonstratieve vergaderingen en gaf brochures en manifesten uit. Het NVV verdedigde in een Adres aan de Tweede Kamer over de wet de principes van de onderling beheerde fondsen en noemde daarbij de Volharding en Ziekenzorg.³⁶⁸ Deze samenwerking had succes. Slingenberg probeerde in 1936 en 1937 enkele nota's van wijziging op zijn wet door de Tweede Kamer aangenomen te krijgen, maar zonder resultaat. In december 1936 had een kamercommissie Slingenberg verweten te veel het standpunt van de NMG te delen over de vrije artsenkeuze, de welstandsgrens en de pariteit.³⁶⁹ Deze commissie deelde de opvattingen van de Federatie en de vakbond over de onmogelijkheid van premieverhoging. Zij keurde de in de wet opgenomen verplichting tot de vergoeding van ziekenhuisverpleging af. Daardoor zouden de premies zo hoog moeten worden, dat het ziekenfondslidmaatschap voor velen onbetaalbaar werd.

Op 9 maart 1937 werd het ontwerp zonder hoofdelijke stemming van de agenda van de Kamer afgevoerd. Op 21 september trok de opvolger van Slingenberg, Romme, het ontwerp in. Het was het einde van de lange serie wijzigingen op het oude wetsontwerp-Aalberse.³⁷⁰ De volgende poging, door Romme ondernomen, strandde door diens aftreden. Het volgende wetsontwerp van Van den Tempel kwam door de Duitse inval in mei 1940 niet verder dan het papieren stadium.

De nieuwe vriendschap tussen de Federatie en het NVV had twee gevolgen. Ten eerste trad in 1936 de Federatie toe tot de CCZ, waardoor de positie van de NMG in deze commissie verzwakte. Desondanks wist de Maatschappij door haar verdragings tactieken een patstelling te realiseren, waardoor de CCZ uiteindelijk niet meer kon functioneren. De ziekenfondsorganisaties en de vakbonden kozen in 1939 voor het eerder door de Federatie geformuleerde standpunt van vrijheid van organisatie op ziekenfondsgebied en voor een Ziekenfondsraad.

Het tweede gevolg in 1936 was een tijdelijke verkoeling tussen het RKWV, de Bond van R.K.-Ziekenfondsen, het NVV en de Federatie. De katholieke organisaties steunden het gewraakte wetsontwerp wel.³⁷¹ Zij hoopten door de wettelijke erkenning van ziekenfondsen op versterking van de diocesane fondsen en de beëindiging van de ziekenfondsstrijd door de instelling van de Centrale Ziekenfondsraad. Helaas bleef deze hoop door het mislukken van het wetsontwerp-Slingenberg onvervuld.

De versterking van het onderling beheerd ziekenfondswezen: van Federatie naar CBZ

De druk van het wetsontwerp-Slingenberg dwong de fondsen van de Federatie eindelijk tot de erkenning dat de structuur van hun organisatie te zwak was. Van Lienden slaagde er daardoor in 1936 in de onderlinge fondsen van het nut van centralisatie te overtuigen.³⁷² De Federatie kon op 2

november 1937 na een paar stormachtige vergaderingen worden omgezet in de Centrale Bond van Ziekenfondsen, de CBZ.

Het bestuur van de nieuwe Bond was sterker dan het oude Federatiebestuur. Het kreeg de bevoegdheid belangrijke besluiten zonder vooroverleg aan de Algemene Vergadering voor te leggen, mocht landelijke mantelovereenkomsten sluiten met de koepelorganisaties van de zorgverleners en kon de leden aanwijzingen geven bij hun administratie. Er werd zelfs een contributieverhoging doorgevoerd. Door de vernieuwing tot CBZ kregen de neutrale onderlinge ziekenfondsen een slagvaardiger koepelorganisatie dan de logge NMG.

De CBZ achtte zich in 1938 sterk genoeg in de strijd tegen de NMG om een eigen landelijk werkend ziekenfonds op te richten: het Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds, het ANOZ.³⁷³ Het ANOZ was bedoeld om het NMG-hoofdbestuur te irriteren en om de Maatschappijfondsen op het platteland met een landelijk onderling ziekenfonds concurrentie aan te doen. De CBZ-bestuurders liepen in 1938 en 1939 stad en land af om plaatselijke afdelingen van de grond te krijgen en lokale onderlinge fondsen te bewegen tot fusie met het nieuwe fonds, maar hun werk werd alleen met lauwe reacties beloond. Het fonds Eendracht maakt Macht uit het Friese Woudsend was op 6 januari 1941 het eerste onderlinge fonds waarvan het bestuur de onafhankelijkheid wilde inruilen voor de fusie met het landelijke ANOZ. Het werd daartoe overgehaald door de overredingskracht van CBZ-voorzitter Van Lienden en de dreiging van Duitse plannen voor een verplichte ziekenfondsverzekering.³⁷⁴

De omzetting van de Landelijke Federatie naar de CBZ leverde een schisma bij de onderling beheerde ziekenfondsen op. Het Ziekenfonds voor den Arbeidenden Stand uit Deventer en De Algemene Rotterdamsche Vereniging stemden niet in met de CBZ-centralisatie en stapten uit de organisatie. Zij richtten in 1939 met het Amsterdamse Ziekenzorg de Landelijke Contactcommissie voor Onderling Beheerde Ziekenfondsen op. Het Utrechtse Ziekenzorg trad na een conflict met de CBZ op 1 januari 1940 tot deze commissie toe.³⁷⁵

De CBZ trad, ondanks deze scheiding, onder leiding van Van Lienden en met de steun van het NVV krachtig op als belangenbehartiger van de onderling beheerde ziekenfondsen. De polarisatie tegen de NMG ging onverminderd door. Dit zou veranderen door de bijzondere omstandigheden in de begintijd van de bezetting na de bange meidagen van 1940.

Ziekenfondsen, vakbonden, artsen en apothekers tot 1940; een evaluatie

De relatie ziekenfondsen-artsen werd in de periode 1929-1940 op het landelijk niveau gekenmerkt door harde conflicten, in tegenstelling tot de voorgaande periode. De verhoudingen tussen de Landelijke Federatie en de NMG werden overheerst door polarisatie. Deze polarisatie was onvermijdelijk door het belang van de ziekenfondsverzekering voor alle betrokken partijen.

Tot 1930 werd het functioneren van de fondsen bepaald door de opstelling van de medewerkers, de ziekenfondsbesturen en de overheid. De samenwerking van de vakbonden, de Federatie en de koepels van de zorgaanbieders in de Unificatiecommissie had na 1929 de blijvende betrokkenheid van de vakbonden tot gevolg. De oude vrees van de NMG, met name van de Huisartsen Commissie, kwam uit: de strijd om het ziekenfondswezen, vooral om de macht, werd steeds radicaler. De vakbondsvertegenwoordigers waren professionele onderhandelaars. Zij gebruikten hun politieke invloed en publieke actiemethoden om hun doelstellingen te realiseren: vakbondsinvloed in het ziekenfondswezen en het werven van leden onder de fondsverzekerden.

De vakbonden en de onderling beheerde ziekenfondsen vormden geen eenheidsfront. Het RKWV koos in de relatie met de artsen en de overheid altijd voor de belangen van zijn eigen katholieke fondsen en bepaalde mede het beleid bij deze fondsen. Het CNV koos bijna altijd de zijde van het NVV en de Federatie. De verhouding tussen de Federatie en het NVV was geen botertje tot de boom. De Federatie wilde zich profileren als neutrale ziekenfondsorganisatie, zonder politieke bindingen. Zij weigerde om uitsluitend met het NVV samen te werken en daardoor haar neutraliteit in gevaar te brengen. De Federatie distantieerde zich van het NVV als deze te ver ging en als zij de opvattingen van de bond niet deelde, zoals bij de pariteitskwestie.

Federatie en NVV benaderden de NMG ieder op hun eigen wijze. De NMG was voor de vakbond een politieke tegenstander, waarmee op die manier kon worden onderhandeld, gedebatteerd of getwist. De Federatie had in haar relatie met de NMG naast politieke ook grote praktische belangen. Zij moest op landelijk niveau met de artsen samenwerken en onderhandelen over wetgeving, landelijke overeenkomsten, de rechtspositie van medewerkers en de concurrentie tussen Maatschappijfondsen en onderlinge fondsen. Op plaatselijk niveau bemiddelde zij in conflicten tussen medewerkers en ziekenfondsen, bij het afsluiten van contracten en steunde zij de fondsen met eigen instellingen in hun problemen.

Ondanks deze tegenstellingen kozen de vakbond en de ziekenfondskoepel voor samenwerking bij gemeenschappelijke belangen zoals in hun strijd tegen het wetsontwerp-Slingenberg. De geschiedenis had bewezen dat de Federatie of de CBZ de steun van de vakbond nodig had tegen de macht van de NMG, tegen de ideeën van diverse ministers over voor de ziekenfondsen nadelige wetgeving en voor ledenwerving. Het NVV kreeg belangen bij het ziekenfondswezen omdat het aantal verzekerden groeide. De Unificatiecommissie had aangetoond dat reorganisatie van het ziekenfondswezen sociaal steeds dringender werd en de vakbeweging, CNV en NVV, kon zich niet aan haar verplichtingen onttrekken, zeker nadat de katholieke vakbond het voorbeeld had gegeven.

Gemeenschappelijke belangen hadden overlegorganen tot gevolg: de Federatie, het NVV en het CNV besloten tot overleg in de Algemeene Raad ten behoeve van het ziekenfondswezen. Dit overleg was eenzijdig. De artsen en apothekers waren als tegenpartij niet vertegenwoordigd en de katholieke vakbond besloot als verzuilde instelling met haar ziekenfondsen pas in 1932 met de Raad samen te werken en niet in de Raad op te gaan. Deze groepsvorming versterkte de polarisatie: NMG tegen de organisaties, verenigd in de Raad, later de CCZ.

Deze polarisatie uitte zich op vijf manieren:

- geruzie om de bestuursmacht bij de ziekenfondsen, de pariteitskwestie;
- concurrentie bij de oprichting van nieuwe ziekenfondsen tussen Maatschappijfondsen en onderling beheerde fondsen;
- conflicten bij het afsluiten van collectieve contracten;
- doorzetten van het principe van de eigen instellingen bij de onderlinge fondsen, hetgeen gedeeltelijk werd afgedwongen door boycots van de artsen zelf;
- politieke strijd bij de ontwikkeling van ziekenfondswetgeving. Hierbij werden lobbyen en politieke relaties steeds belangrijker.

Alle groepen bleven de noodzaak tot overleg onderkennen, ondanks deze polarisatie. De overheid erkende daarbij haar verantwoordelijkheid. Zij ging onverdroten door met het maken van wetsontwerpen en probeerde in de conflicten een bemiddelende rol te spelen. De partijen bleven echter te zeer aan elkaar gewaagd om de problemen op te lossen. De NMG wist stand te houden ondanks onhandige tactische manoeuvres, ledenverlies en ondanks het feit dat zij zich van haar belangrijkste bondgenoot, de NMP, vervreemde. De NMG bond het grootste deel van de artsen, beschikte over politieke medestanders en kreeg door de groei van de Maatschappijfondsen steeds meer praktische invloed op het ziekenfondswezen. Door een verdeel-en-heerstactiek hield het NMG-hoofdbestuur zijn greep op deze fondsen. De NMG bleef naar buiten toe een eenheid, ook al was zij vaak intern verdeeld.

Bij het ziekenfondswezen veranderde in deze periode ook het nodige. De koepelorganisaties werden versterkt en kregen steeds meer invloed op de fondsen zelf. De verzekeringsgraad nam nog steeds toe, ondanks de crisis en dankzij de crisisregelingen. Het aantal fondsen groeide door de opkomst van de Maatschappijfondsen en de oprichting van onderling beheerde fondsen. De verzuiling werd met de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en de oprichting van de diocesane fondsen versterkt.

De ontwikkeling van de landelijke ziekenfondsverzekering met de samenstelling van het verstrekkingenpakket en de financiering van de verzekering werd door de polarisatie belemmerd. Huisartsenzorg en geneesmiddelenverstrekking bleven de voornaamste verstrekkingen. De verstrekkingenpakketten werden vaak aangevuld met tandheelkundige en verloskundige zorg. De regeling van paramedische zorg als fysiotherapie door middel van overeenkomsten werd steeds meer noodzakelijk.³⁷⁶ Specialistische hulp werd steeds uitgebreider, maar de verzekering van klinische specialistische hulp bleef in combinatie met de ziekenhuisverpleging een probleem. Hierin werd voorzien door de gemeenten en de verenigingen voor ziekenhuisverpleging, maar de fondsen zelf konden dit zonder grote premieverhoging nauwelijks opbrengen.

Zorgaanbieders, ziekenfondsen, vakbonden en overheid erkenden de noodzaak tot een wettelijke regeling. De Ziektewet van 1930 eiste dit, de polarisatie werkte verlamdend en veroorzaakte nodeloze verspilling van tijd en energie. De landelijke ontwikkeling van de gezondheidszorg met de ziekenhuisverpleging, de specialismen, de paramedische zorg en de tandheelkundige verzorging werd er door belemmerd. De uniformering, uitbreiding en subsidiëring van de verstrekkingen werd als dringend noodzakelijk gevoeld, maar in 1940 leek een ziekenfondswet die dit kon regelen echter verder weg dan ooit.

2.7 Conclusies

Fasering in de relatie

De relatie artsen-ziekenfondsen maakte van 1908 tot 1940 fases van harmonie en conflict door. Er zijn vier periodes te onderscheiden:

- 1908-1912: de periode waarin de artsen zich met hun NMG oriënteerden op de ontwikkeling van een landelijk ziekenfondsbeleid. Zij baseerden zich op de ideeën en standpunten, vastgelegd in het rapport-Schreve, de besluiten van de Algemene Vergaderingen en de sinds de negentiende eeuw gegroeide tradities van de vrije artsenkeuze, de welstandsgrens en honorariumprincipes. De ziekenfondsen kenden nog geen organisatievorming. De NMG had in deze fase het meest te maken met de politiek in de persoon van Talma en zijn sociale wetgeving. Het belangrijkste in deze periode was de definitieve uitspraak dat de uitvoering van een wettelijke ziekenfondsverzekering in handen zou komen van de ziekenfondsen als private organen en niet in handen van overheidsorganisaties.

- 1912-1922: de eerste conflict- of polarisatiefase in de relatie. De NMG bepaalde met haar bindende besluiten en de uitwerking ervan de ontwikkeling van het ziekenfondsbestel en legde de relatie medewerkers-fondsen vast tot de invoering van het Ziekenfondsenbesluit in 1941. Zij stimuleerde daarmee in 1913 de onderling beheerde fondsen tot de oprichting van de Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen. De Federatie bood de NMG goed tegenspel, waardoor voor het eerst op het landelijk niveau sprake was van een duidelijke relatie artsen-ziekenfondsen.

- 1922-1929: de periode van harmonie. Het tijdvak van de Unificatiecommissie, waarin de Landelijke Federatie, de vakbonden, de NMG, de NMT en de NMP onderhandelden over een landelijk ziekenfondsbestel met beperkte overheidsinvloed. Het was de bloeitijd van de overlegcultuur. Twee elementen werden in deze periode steeds belangrijker: de invloed van de vakbeweging en van de verzuiling, vooral van de katholieke zuil.

- 1929-1940: opnieuw een periode van conflict, het tweede tijdvak van polarisatie. De Ziektewet was de oorzaak van de hevige concurrentiestrijd tussen de onderling beheerde fondsen met hun Federatie en de NMG, die met de snelle oprichting van nieuwe Maatschappijfondsen het bestel een heel nieuw aanzien gaf. Het NVV en het CNV werkten bij deze polarisatie soms als katalysator en waren soms als partijen betrokken. De overheid werd niet alleen als wetgever, maar ook als bemiddelende partij betrokken bij de ziekenfondskwestie. De polarisatie bleek ondanks overlegcommissies en samenwerkingsverbanden door het machtsevenwicht tussen de betrokken partijen onoplosbaar en stond de ontwikkeling van een uniform landelijk ziekenfondsbestel in de weg. Pas na mei 1940 zou de polarisatie verzwakken.

Het was ook de periode van de eerste collectivisatie. Het RKWV en de katholieke ziekenfondsen introduceerden met de Bond van R.K.-Ziekenfondsen als centralistische ziekenfondskoepel een nieuw fenomeen, versterkten hun zuil en speelden hun eigen rol in de polarisatie. De Landelijke Federatie werd door de onderling beheerde fondsen omgevormd tot een strakker bestuurde organisatie: het CBOZ.

De beïnvloedende factoren

De factoren die de relatie artsen-ziekenfondsen in de periode 1908-1940 beïnvloedden, waren de sociaal-economische ontwikkelingen, de betrokkenheid van de overheid, de verzuiling, de groei van de medische wetenschap, de wederzijdse afhankelijkheid van de artsen en de ziekenfondsen, macht en de emancipatie van de beroepsgroepen, de karakters en ideeën van de betrokken personen en ideologie.

De groep consumenten die, gezien het inkomen, lid kon worden van een ziekenfonds werd door de economische ontwikkelingen en de welvaartsgroei steeds groter. De relatie artsen-ziekenfondsen werd steeds belangrijker door de door politiek en maatschappij erkende noodzaak tot een goede regeling van de ziekenfondsverzekering.

De overheid speelde in de relatie artsen-ziekenfondsen tot 1941 een belangrijke, maar geen overheersende rol. De pogingen tot de realisatie van ziekenfondswetgeving dwongen de artsen na 1909 tot een versnelde ontwikkeling van het NMG-ziekenfondsbeleid met de koepelvorming bij de ziekenfondsen als gevolg. De overheid raakte na 1929 steeds meer als bemiddelaar bij de ziekenfondskwestie betrokken, zorgde voor nieuwe ontwikkelingen in de strijd tussen NMG, de vakbonden en de Federatiefondsen, maar bleek onmachtig tot het invoeren van ziekenfondswetgeving. Dit falen had specifieke en algemene oorzaken. Specifieke oorzaken golden voor de wetsontwerpen-Talma en -Treub en het eerste ontwerp-Aalberse. De eerste twee kwamen niet door de Tweede Kamer door het aftreden van de ministers, of de behandeling ervan werd uitgesteld in verband met de sociale en economische omstandigheden, veroorzaakt door de Eerste Wereldoorlog. Het eerste initiatief van

Aalberse sneuvelde door de vrijblijvendheid van de verzekering en de hoge kosten als gevolg van het uitgebreide verstrekkingenpakket en de noodzakelijke staatssubsidie.

Algemene oorzaken voor het mislukken van ziekenfondswetgeving waren de verzuiling en het labiele machtsevenwicht tussen de fondsen van de Landelijke Federatie, de artsen en de betrokken maatschappelijke organisaties. De Nederlandse politiek en de maatschappij waren tot 1940 door de verzuiling te verdeeld om een coherent sociaal verzekeringsstelsel te ontwikkelen. Er bestond bij de politieke en maatschappelijke groeperingen te veel verschil in maatschappijbeschouwing en in de opvattingen over de instelling van uitvoeringsorganen. De politiek probeerde wel steeds de Ziektewet en de ziekenfondsverzekering te koppelen, maar zonder succes.

De ziekteverzekeringswetten die door de ministers na Kuyper werden gepresenteerd, waren producten van Nederlandse bodem. Zij hadden desondanks kenmerken die niet helemaal pasten in het steeds meer verzuilende karakter van de Nederlandse samenleving. De wetsontwerpen zoals ze in hun definitieve vorm werden gepresenteerd, waren voornamelijk totstandgekomen door overleg met niet-verzuilde corporaties als de artsen- en de apothekersorganisaties. Dit waren algemene belangenorganisaties en geen confessionele of sociaal-democratische organisaties, die bij de acceptatie van andere wetten als de Armenwet en bij de inrichting van uitvoeringsorganen als de Raden van Arbeid en de bedrijfsverenigingen wel een doorslaggevende stem hadden. De uitvoering van de ziekenfondsverzekering in de wetsontwerpen werd daarom niet in handen gelegd van confessionele instellingen, maar overgelaten aan de ziekenfondsen die aan algemeen aanvaarde erkenningseisen moesten voldoen.

De balans in de machtsverhoudingen, het labiele machtsevenwicht, tussen de artsen en de ziekenfondsen maakte het voor de betrokken ministers onmogelijk een door alle partijen aanvaard wetsontwerp door de volksvertegenwoordiging te loodsen. Deze balans werd in evenwicht gehouden door de wederzijdse afhankelijkheid bij de partijen, hun onderlinge verdeeldheid en de houding van de vakbonden.

De artsen bleven voor hun beroepsuitoefening en inkomen afhankelijk van de ziekenfondspraktijk, terwijl de ziekenfondsen voor het aanbod aan medische zorg voor het grootste deel gebonden bleven aan de NMG. De ontwikkelingen in de medische wetenschap versterkten nog meer dan in de vorige periode de vraag naar geneeskundige zorg en daardoor de positie van de artsen. De medische beroepsdifferentiatie tussen huisartsen en specialisten ging versneld door. De scheiding in specialisten en huisartsen had twee gevolgen voor de relatie artsen-fondsen. De eenheid in de NMG werd erdoor verzwakt en de beroepsgroepen onderhandelden gescheiden over hun contractering.

De macht van de artsen tegenover de ziekenfondsen werd niet alleen ingeperkt door de machtsstrijd tussen de twee groepen, maar ook door de starre centralistische strategie van de NMG-Hoofdbesturen, de daarop volgende reacties van de leden en de manier waarop de artsen de apothekers als belangrijkste bondgenoten uitsloten. De zwakte van dit strategisch beleid bleek het duidelijkst in de manier waarop de Huisartsen Commissie en het Hoofdbestuur keer op keer de vereniging van de Maatschappijfondsen verhinderde, terwijl deze fondsen voor de artsen van levensbelang werden en in de polarisatie met de onderling beheerde fondsen door hun concurrentiekracht het belangrijkste wapen hadden kunnen zijn.

Tegenover de zwakte van de NMG stond de verdeeldheid bij de fondsen en de vakbeweging. De commerciële ziekenfondsen waren niet georganiseerd, maar kozen met het oog op hun bedrijfsvoering de kant van de artsen. De katholieke zuil met haar vakorganisatie en fondsen stelde zich steeds centralistischer op en volgde haar eigen beleid tegenover de NMG. De losse Landelijke Federatie van de neutrale onderling beheerde fondsen sloot wisselende allianties met het NVV en het CNV. Deze Federatiefondsen waren zelf vaak ook verdeeld. Deze zwakte werd gedeeltelijk gecompenseerd doordat veel artsen uit onvrede met het beleid van de NMG of gedwongen door het gebrek aan praktijken gedurende de hele periode bereid waren zich aan de onderling beheerde fondsen te verbinden.

De relatie ziekenfondsen-artsen bleef een labiel machtsevenwicht, zowel in tijden van harmonie als in tijden van conflict. Het was een evenwicht, dat noch door verbintenissen met de vakbonden, noch door de overheid doorbroken kon worden. De relatie werd onderhouden door de fondsbestuurders met de aan hun fondsen verbonden medewerkers, de artsen die zich als bestuurder, commissielid of als actief lid voor de NMG inzetten, en de vakbondsprominenten, die zich met de ziekenfondskwestie bemoeiden. De continuïteit onder hen was groot: iemand als de Federatieman Van Schaik spande zich voor het onderling beheerde ziekenfondswezen in vanaf het begin van de eeuw tot zijn dood in 1936. Artsen als Schreve, Cohen, Van Bruggen, Hamaker en Eggink waren vele jaren in touw voor de

behartiging van de artsen en de verzekerden in het ziekenfondswezen. Ook bij de Maatschappijfondsen bleven verzekerdenvertegenwoordigers als Van de Bunt lang actief.

Deze mensen onderhandelden met elkaar, sloten overeenkomsten, werkten samen in commissies als de Unificatiecommissie en de CCZ en stonden tegenover elkaar in tijden van conflict. Hun belang, de inrichting van goed werkende ziekenfondsverzekering, hadden zij gemeenschappelijk. Hun karakters, ideeën en ideologische visie verschilden. Mensen als Van de Bunt, Schreve, Eggink en Cohen steunden de Maatschappijfondsideologie: een ziekenfondsverzekering, gedragen door artsen en verzekerden gezamenlijk. Deze ideologie, ontwikkeld in de periode tot 1908, werd in de jaren 1912-1914 door de NMG tot beleid verklaard en na 1929 met de ontwikkeling van de Maatschappijfondsen versterkt.

Daartegenover stond de ideologie van het onderling beheerd ziekenfondswezen, gedragen door mannen als Stants, Van Schaik en Van Lienden, met als ideaal de gezondheidszorg, uitgevoerd door medewerkers in loondienst en in door de fondsen zelf beheerde eigen instellingen. De vertegenwoordigers van het katholieke ziekenfondswezen zagen de onmogelijkheid van een volledig onderling beheerd katholieke ziekenfondswezen en sloten overeenkomsten met de NMG. De vertegenwoordigers van de neutrale onderling beheerde fondsen bleven wel hun ideaal nastreven, in de dertiger jaren gesteund door het functioneren van de Volharding en Ziekenzorg.

Het landelijk ziekenfondsbestel 1908-1940

De ideologische verschillen tussen de NMG en de onderling beheerde ziekenfondsen bleken in de dertiger jaren onoverbrugbaar, en de polarisatie maakte de ontwikkeling van een landelijk uniform ziekenfondsbestel onmogelijk. Toch gaven de artsen met hun bindende Haagse en Bredase besluiten met de bijbehorende leidraad het landelijk ziekenfondswezen een basis. Deze bindende besluiten werden door de Landelijke Federatie, de andere ziekenfondsen en de vakbeweging als basis voor onderhandelingen over collectieve overeenkomsten geaccepteerd en vormden daardoor de belangrijkste en eigenlijk de enige formele grondslagen van het Nederlandse ziekenfondsbestel in de periode 1912-1941: plaatselijke welstandsgrenzen, vrije medewerkerskeuze, richtlijnen voor de samenstelling van de ziekenfondsbesturen met invloed van de verzekerden, de keuze voor honorariumsystemen en de instelling van controle- en adviesorganen.

Artsen en ziekenfondsen streefden op het landelijk niveau naar de ontwikkeling van een ziekenfondsbeleid. De uitvoering van de ziekenfondsverzekering bleef desondanks tot 1941 een plaatselijke kwestie. Ook in Midden-Nederland.

-
- ¹. J.A de Jonge, 'Het economische leven in Nederland 1895-1914', in: J.C. Boogman e.a., *Geschiedenis van het moderne Nederland: politieke, economische en sociale ontwikkelingen* (Utrecht 1988) 256.
 - ². J.A de Jonge, idem, 270.
 - ³. De belangrijkste organisatie voor de leniging van de sociale nood was het Koninklijk Nationaal Steuncomité, het KNS. Dit comité was formeel een initiatief van koningin Wilhelmina in samenwerking met minister Treub van Landbouw, Nijverheid en Handel en onderhouden door particuliere fondsen, maar aan het einde van de oorlog werd het geheel gefinancierd door de overheid.
L.A. van der Valk, *Van pauperzorg tot bestaanszekerheid. Een onderzoek naar de ontwikkeling van de armenzorg in Nederland tegen de achtergrond van de overgang naar de Algemene Bijstandswet, 1912-1965* (Amsterdam 1986) 42-43.
 - ⁴. W.S.P. Fortuyn, 'Staat en sociaal-economische politiek in de twintigste eeuw', in: F.L. van Holthoon, *De Nederlandse samenleving sinds 1815*, 286.
 - ⁵. L.A. van der Valk, *Van pauperzorg tot bestaanszekerheid*, 259.
 - ⁶. T. van Tijn, 'Het sociale leven in Nederland 1844-1875', in: J.C. Boogman, e.a., *Geschiedenis van het moderne Nederland*, 196.
 - ⁷. H. Daalder, 'Politieke Instellingen en Politieke Partijen', 325.
 - ⁸. H. Daalder, idem, 327.
 - ⁹. Idem.
 - ¹⁰. J. Bosmans, 'Het maatschappelijk-politieke leven in Nederland 1918-1940', in: J.C. Boogman e.a., *Geschiedenis van het moderne Nederland*, 400-401.
 - ¹¹. J. Bosmans, idem, 400.
 - ¹². H. Daalder, 'Politieke Instellingen en Politieke Partijen', 328.
 - ¹³. E.H. Kossmann, *De Lage Landen 1780-1940. Anderhalve eeuw Nederland en België* (Amsterdam 1976) 439-440.
 - ¹⁴. J. Bosmans, 'Het maatschappelijke-politieke leven in Nederland 1918-1940', 412.
 - ¹⁵. P. Boomgaard, 'Stakingen, vakbondslidmaatschap en conjunctuur gedurende het interbellum in Nederland', in: J. van Herwaarden (red.), *Lof der historie. Opstellen over geschiedenis en maatschappij* (Rotterdam 1973) 349.
 - ¹⁶. L.F. van Loo, *Arm in Nederland, 1815-1990*, 93.
 - ¹⁷. L.A. van der Valk, *Van pauperzorg tot bestaanszekerheid*, 32.
 - ¹⁸. W. Romijn, *Welvaart en gezondheid*, 208.
 - ¹⁹. W. Romijn, idem, 209.
 - ²⁰. J. Bosmans, 'Het maatschappelijke-politieke leven in Nederland 1918-1940', 409.
 - ²¹. L.F. van Loo, *Arm in Nederland, 1814-1990*, 80.
 - ²². J. Berting, 'In het brede maatschappelijk midden: de veranderende positie van de middengroepen in de Nederlandse samenleving tussen 1850-1980', 132.
 - ²³. L.F. van Loo, *Arm in Nederland, 1814-1990*, 80.
 - ²⁴. De Wet op het Arbeidscontract was formeel geen sociale wet, maar een aanpassing van het Burgerlijk Wetboek.
 - ²⁵. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 94.
'1930 vooruit', *Het Ziekenfonds. Orgaan van de Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen* 1 (1930) 1.
 - ²⁶. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 218-219.
 - ²⁷. Deze raden zouden voor ieder voor de helft moeten worden gekozen door werknemers en werknemers en de uitvoering van wettelijke regelingen betreffende arbeid moeten regelen.
 - ²⁸. J. Mannoury, 'De ontwikkeling van het sociale zekerheidsstelsel', 198.
 - ²⁹. J.B. Jaspers, *Het medische circuit*, 64.
 - ³⁰. H.C. Sauër, *Geneeskundige verzorging van de minvermogende zieke in Nederland*, 115.
 - ³¹. H.C. Sauër, idem, 116.
 - ³². Afdeling Utrecht, inv.no. 5, vergadering van 23 november 1906.
 - ³³. NMG, inv.no.134, A8b/c, I-IV, Bindende besluiten inzake ziekenbriefjes, 1917, ziekenfondsen, 1917-1934, Spoorwegen- en Johannes de Deofonds, 1938, Middenstandsverzekering.
 - ³⁴. NMG, inv.no. 18, notulen van de vergaderingen van het Hoofdbestuur, juli 1907 - december 1908, vergadering van september 1908.
 - ³⁵. 'Handelingen van de een-en-zestigste algemeene vergadering', *NTvG* 10 (1910 II) 773.
 - ³⁶. 'Handelingen van de een-en-zestigste algemeene vergadering', idem, 758.

-
- ³⁷. Afdeling Utrecht, inv.no. 6, vergadering van 25 november 1910.
- ³⁸. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 244.
- ³⁹. A. de Swaan, idem, 247.
- ⁴⁰. Idem, 248.
- ⁴¹. De huisartsen in Amsterdam richtten in 1902 de Vereeniging van Ziekenfondsgeneesheeren, de VVZ. De specialisten verenigden zich in 1905 in de Amsterdamsche Specialistenvereening, de ASV. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 168.
- ⁴². De huisartsen in Groningen richtten in 1908 een vereniging op, los van de plaatselijke afdeling. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 232.
- ⁴³. NMG, inv.no 46, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1901-1909, verslag van de buitengewone algemene vergadering van 29 april 1908.
- ⁴⁴. 'Bindende besluiten inzake nieuw op te richten of bestaande ziekenfondsen', *NTvG* 5 (1909 I) 137-138.
- ⁴⁵. J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 90.
- ⁴⁶. J.A. Berger, idem, 91.
- ⁴⁷. Idem, 92.
- Volgens artikel 16 van het wetsontwerp werden als niet arbeiders gezien:
- losse arbeiders met een dagloon van minimaal f 2,50 en ten hoogste f 5;
 - aangeslagenen voor de vermogensbelasting of voor een nader op te geven bedrag in de bedrijfs- of inkomstenbelasting;
 - personen in dienst van een publiekrechtelijk lichaam;
 - mensen als werkgever in de zin van de wet.
- 'Berichten: Wetten, besluiten, officieele verslagen: Arbeiders-ziekteverzekering, Radenwet en Ziektewet', *NTvG* 9 (1910 I) 588.
- ⁴⁸. NMG, inv.no. 20, notulen van de vergaderingen van het Hoofdbestuur, november 1909 - december 1910, buitengewone vergadering van 17 april 1910.
- ⁴⁹. *NTvG* 9 (1910 II) 590.
- ⁵⁰. J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 109.
- ⁵¹. 'Ingezonden: A. van Rhijn, Het ontwerp-arbeidersverzekering', *NTvG* 10 (1910 II) 818-819.
- ⁵². NMG, inv. no. 47, Handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1910-1914, notulen van de buitengewone algemene vergadering van 22 december 1910.
- ⁵³. J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 93.
- ⁵⁴. 'Berichten: de ziekteverzekering', *NTvG* 2 (1912 II) 147.
- ⁵⁵. 'Jaarverslag over de staat en de werkzaamheden van de NMG en haar afdelingen gedurende het jaar 1909-1910', *NTvG* 1 (1910 II) 15-16.
- ⁵⁶. 'Handelingen van de een-en-zestigste algemeene vergadering', *NTvG* 10 (1910 II) 713-757.
- ⁵⁷. 'Handelingen van de een-en-zestigste algemeene vergadering', idem, 735-736.
- ⁵⁸. Idem, 721.
- ⁵⁹. Idem, 753.
- H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 236.
- ⁶⁰. H. Festen, idem, 339.
- ⁶¹. 'Handelingen van de drie-en-zestigste algemeene vergadering te Den Haag', *NTvG* 7 (1912 II) 483.
- ⁶². 'Handelingen van de drie-en-zestigste algemeene vergadering te Den Haag', idem, 486.
- ⁶³. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1913-1915, notulen van de 550e vergadering van 7 juni 1913.
- ⁶⁴. 'Handelingen van de drie-en-zestigste algemeene vergadering te Den Haag', *NTvG* 7 (1912 II) 500.
- ⁶⁵. Idem, 537.
- ⁶⁶. Idem, 509.
- ⁶⁷. J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 114.
- ⁶⁸. J.A. Berger, idem, 111.
- ⁶⁹. Idem, 114.
- ⁷⁰. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, vergadering van 7 juni 1913.
- ⁷¹. Algemene afdelingsfondsen waren fondsen, die door een afdeling waren opgericht of overgenomen en die hun werkkring over het hele gebied van de afdeling hadden. Bijzondere fondsen waren fondsen, die door NMG-leden waren opgericht of overgenomen in een afdeling waar geen algemeen ziekenfonds aanwezig was. 'Handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering van 29 en 29 april', *NTvG* 1 (1915 II) 337-342.
- ⁷². H.C. Sauër, *Geneeskundige verzorging van de minvermogende zieke in Nederland*, 54.

-
- ⁷³. NMG, inv.no. 47, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst, 1910-1914, stenografisch verslag van de bespreking uit de besloten vergadering over de voorstellen A, I-V, gehouden in de 64ste Algemeene vergadering, 7-9 juli 1913, 586-618.
- ⁷⁴. NMG, inv.no. 47, idem, 509-512.
- ⁷⁵. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, vergadering van 14 juni 1913.
- ⁷⁶. NMG, inv.no. 47, stenografisch verslag van de bespreking uit de besloten vergadering over de voorstellen A, I-V, gehouden in de 64ste Algemeene vergadering, 7-9 juli 1913, 522-527.
- ⁷⁷. Huisartsen betaalden 2% en apotheekhoudende huisartsen 1,5%. Deze laatsten betaalden minder omdat 25% van hun inkomen uit de apotheek kwam. De contributie kon worden voldaan door middel van een postwissel en bij kleinere bedragen in postzegels.
'Handelingen van de 65ste Algemeene Vergadering van 6-8 juli 1914. Behandeling van de ledencontributie aan de CO', *NTvG* 18 (1914 II) 1364-1367.
- ⁷⁸. NMG, inv.no. 23, notulen van de vergaderingen van het Hoofdbestuur. Juli 1912 - april 1913, notulen van de vergadering van januari 1913.
79. Ziekenzorg, inv.no. 43, register met notulen van vergaderingen van het bestuur en van het dagelijks bestuur van 30 oktober 1911 tot en met 22 december 1913, vergadering van het dagelijks bestuur van 24 juni 1913.
- Ziekenzorg, inv.no. 62, register, houdende notulen van de Algemene Ledenvergaderingen uit de periode van 11 november 1904 tot en met 24 juli 1916, Algemene Vergadering van 23 juni 1914.
80. Ziekenzorg, inv.no. 43, bestuursvergadering van 30 juli 1913.
81. Ziekenzorg, inv.no. 95, copie-boek, register met kopieën van uitgaande correspondentie uit de periode van 24 juli 1900 tot en met 14 mei 1918, brief aan de Volharding te Den Haag, 18 augustus 1913.
82. Ziekenzorg, inv.no. 43, vergadering van 22 december 1913.
83. Door en Voor Werklieden en Ziekenzorg uit Amsterdam, de Volharding uit Den Haag, de Algemene Rotterdamse Vereniging uit Rotterdam, de Goudse Vereniging te Gouda, Ziekenzorg te Haarlem, Ziekenzorg te Delft en het ziekenfonds Hengelo.
H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 44.
84. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 22.
85. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 45.
86. Afdeling Utrecht, inv.no. 21, ingekomen en uitgegane stukken, 1910-1917, circulaire van de Landelijke Federatie, met commentaar rondgestuurd aan de leden van de NMG, 27 november 1913.
Afkort als circulaire.
87. P.J. Oud, *Honderd jaren*, 227.
88. Circulaire.
- ⁸⁹. 'Waarschuwing van het hoofdbestuur aan de Nederlandse geneesheren niet in te gaan op een advertentie voor fondsgeneesheren, 24 november 1913', *NTvG* 22 (1913 II) 1843.
- ⁹⁰. 'Ingezonden stuk van J. Cahen uit Rotterdam over de vraag of de artsen eensgezind genoeg zijn voor de strijd met de Federatie', *NTvG* 23 (1913 II) 1984-1985.
- ⁹¹. Ziekenzorg, inv.no. 43, vergadering van 22 december 1913.
- ⁹². Afdeling Utrecht, inv.no. 7, notulen van de vergadering van 9 januari 1914.
- ⁹³. Ziekenzorg, inv.no. 43, vergadering van 16 januari 1913.
Ziekenzorg, inv.no. 95, brief aan de Christelijke Bestuurdersbond, 2 mei 1914.
Afdeling Utrecht, inv.no. 7, notulen van de vergadering van 9 januari 1914.
- ⁹⁴. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, notulen van de vergadering van 9 januari 1914.
- ⁹⁵. Afdeling Utrecht, inv.no. 21, verslag van de openbare vergadering van de Landelijke Federatie van 24 maart 1914.
Dit was een protestvergadering tegen de oprichting van het eerste afdelingsziekenfonds door de NMG.
Sprekers waren de socialist Schaper en de arts A.C.A. Hoffman.
- ⁹⁶. Afdeling Utrecht, inv.no. 21, verslag van de openbare vergadering van de Landelijke Federatie van 24 maart 1914.
- ⁹⁷. Afdeling Utrecht, idem, brief van Cohen aan Van Leeuwen als secretaris van de afdeling Utrecht over de Utrechtse directeursfondsen, 4 juni 1914.
- ⁹⁸. NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1925, 247-251. Jaarverslag huisartsenorganisatie over 1924.
- ⁹⁹. J. Veldman, *Geschiedenis Ziekenfondszwezen* (Typescript; z.p. z.j.) 23.
- ¹⁰⁰. 'Handelingen van de 65ste Algemeene Vergadering van 6-8 juli 1914', *NTvG* 18 (1914 II) 1258-1259.

-
- ¹⁰¹. De exacte tekst luidt: *collectieve overeenkomsten met rechtspersoonlijkheid bezittende instellingen, ter verzekering van geneeskundige hulp aan groepen van personen, onverschillig of de instelling al of niet een ziekenfonds of een daarmee gelijk te stellen instelling bezit.*
- ¹⁰². 'Handelingen van de 65ste Algemeene Vergadering van 6-8 juli 1914', 1261.
- ¹⁰³. Idem, 1268.
- ¹⁰⁴. Idem, 1279 en 1282-1283.
- ¹⁰⁵. Idem, 1285.
- ¹⁰⁶. Idem, 1295.
- ¹⁰⁷. Idem, 1309.
- ¹⁰⁸. Idem, 1323.
- ¹⁰⁹. Idem, 1358-1360.
- ¹¹⁰. 'Leidraad inzake de uitvoering van de Bredase Besluiten, 27 oktober 1914', *NTvG* 18 (1914 II) 1408-1409.
- ¹¹¹. NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1922, 259-272. Jaarverslag huisartsenorganisatie 1922.
- ¹¹². ARA, Plaatsingslijst van het archief van de (Koninklijke) Maatschappij tot Bevordering van de Pharmacie, 1842-1960, afgekort als NMP, inv.no. 43, uitvoering ziekteverzekering: ziekenfondsen: adressen, rapporten, kwesties, bindend besluit om eisen aan ziekenfondsen te stellen, 1911-1930.
- ¹¹³. NMP, inv.no. 43, eisen voor erkend of toegelaten ziekenfonds, 1913.
- ¹¹⁴. 'Handelingen van de 66ste Algemeene Vergadering van 5-6 juli 1915', *NTvG* 7 (1915 II) 954.
- ¹¹⁵. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, notulen van de vergaderingen van 19 mei en 29 juni 1914.
- ¹¹⁶. 'Handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering van 29 en 29 april. Art. 237: algemene afdelingsziekenfondsen en bijzondere ziekenfondsen', *NTvG* 1 (1915 II) 337-342.
- ¹¹⁷. 'Handelingen van de 66ste Algemeene Vergadering van 5-6 juli 1915', *NTvG* 7 (1915 II) 948.
- ¹¹⁸. 'Handelingen van de 66ste Algemeene Vergadering van 5-6 juli 1915', idem, 949.
- ¹¹⁹. Idem, 949, 957-959.
- ¹²⁰. NMP, inv.no. 43, correspondentie over de honorariumverhoudingen artsen-apothekers, 1915.
- ¹²¹. 'Handelingen van de 66ste Algemeene Vergadering van 5-6 juli 1915', *NTvG* 7 (1915 II) 944-1020.
- ¹²². 'Handelingen van de 66ste Algemeene Vergadering van 5-6 juli 1915', idem, 954-956.
- ¹²³. Idem, 960-964.
- ¹²⁴. Idem, 978.
- ¹²⁵. Idem, 992.
- ¹²⁶. Idem, 1003.
- 'Verslag van de 66ste algemeene vergadering', *NTvG* 3 (1915 II) 561-563.
- ¹²⁷. 'Verslag van de 66ste algemeene vergadering', idem, 993.
- ¹²⁸. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, notulen van de vergadering van 28 juni 1915.
- ¹²⁹. NMP, inv.no. 44, samenwerking met de Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst. Ziekenfondsen, 1899-1914, notulen van de gecombineerde vergadering KNMP en CO-bestuur, 20 oktober 1915.
- ¹³⁰. 'Beroepsbelangen: Het Federatie-Ziekenfonds te Alkmaar', *NTvG* 9 (1915 II) 1292-1293.
- ¹³¹. 'Handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering van 29 en 29 april. Huishoudelijk reglement: art. 182. tuchtmaatregelen bij schadelijk gedrag', *NTvG* 1 (1915 II) 211-218.
- ¹³². 'Handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering van 29 en 29 april. Art. 229: doel van de centrale organisatie van ziekenfondsen', *NTvG* 1 (1915 II) 317-326.
- ¹³³. 'Jaarlijkse vergadering van vertegenwoordigers van ziekenfondsgeneesheren, 28 mei 1916', *NTvG* 19 (1916, II) 1675-1681.
- ¹³⁴. 'Beschrijvingsbrief van de 67ste algemeene vergadering, punt VIII, samenwerking met de NMP, 10 mei 1916', *NTvG* 20 (1916 II) 1693-1697.
- ¹³⁵. Afdeling Utrecht, inv.no. 8, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1916-1917, notulen van de vergadering van 23 juni 1916, pre-adviezen.
- ¹³⁶. NMP, inv.no. 45, Samenwerking met de Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst inzake ziekenfondsen met de Maatschappij: Afdelingsziekenfondsen, centrale organisatie in ziekenfondszaken, centraal bureau voor ziekenfondszaken, 1899-1930. Grondslagen voor samenwerking op ziekenfondsgebied tussen de Nederlandsche Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie en de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1919.
- Afschrift in het archief van de Stichting HiZ, z.i., losmaking Maatschappij-ziekenfondsen van de KNMG, 1945-1952.

-
- ¹³⁷. 'Handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering van 29 en 29 april', *NTvG* 1 (1915 II) 235-277.
- ¹³⁸. 'Handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering van 29 en 29 april', idem, 242.
- ¹³⁹. Idem, 248.
- ¹⁴⁰. Idem, 252-255.
- ¹⁴¹. Idem, 272. Hij was ook voorzitter geweest van het Comité.
- ¹⁴². 'Beroepsbelangen: het honorarium van den huisarts en den specialist in de ziekenfondsen', *NTvG* 3 (1915 II) 613-614.
- ¹⁴³. Vereeniging, inv.no. 8, notulen van de Buitengewone Algemene Vergadering van 17 april 1909.
- ¹⁴⁴. Afdeling Utrecht, inv.no. 6, notulen van de vergadering van 24 februari 1911.
- ¹⁴⁵. Afdeling Utrecht, inv.no. 21, huishoudelijk reglement van de Onderafdeeling ter behartiging van het Ziekenfondswezen van de afdeling Utrecht, 19 november 1912.
- ¹⁴⁶. 'Handelingen van de 69e algemene vergadering van 27 en 28 augustus 1918', *NTvG* 13 (1918 II) 1066-1067.
- ¹⁴⁷. 'De vrije loop', *Het Ziekenfonds* 6 (1925) 2-3.
- ¹⁴⁸. 'Handelingen van de buitengewone algemene vergadering van 19 en 20 december 1918', *NTvG* 16 (1919 II) 1264-1265.
- ¹⁴⁹. NMG, inv.no. 26, notulen van de vergaderingen van het hoofdbestuur, 1916-1918, notulen van de vergadering van november 1917.
- 'Handelingen van de buitengewone algemene vergadering van 2 en 3 mei 1918', *NTvG* 3 (1918 II) 136-171.
- ¹⁵⁰. 'Handelingen van de buitengewone algemene vergadering van 31 oktober 1920', *NTvG* 26 (1920 II) 2802.
- ¹⁵¹. 'Handelingen van de buitengewone algemene vergadering van 2 en 3 mei 1918', *NTvG* 3 (1918 II) 143.
- ¹⁵². 'Handelingen van de buitengewone algemene vergadering van 2 en 3 mei 1918', idem, 158-159.
- ¹⁵³. Idem, 159.
- ¹⁵⁴. 'Handelingen van de 69e algemene vergadering van 27 en 28 augustus 1918', *NTvG* 13 (1918 II) 1064.
- ¹⁵⁵. NMG, inv.no. 48, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1915-1920, notulen van de buitengewone algemene vergadering van 19 en 20 december 1918.
- 'Handelingen van de buitengewone algemene vergadering van 19 en 20 december 1918', *NTvG* 16 (1919 II) 1252-1293.
- ¹⁵⁶. 'Handelingen van de buitengewone algemene vergadering van 19 en 20 december 1918', idem, 1260.
- ¹⁵⁷. Idem, 1271.
- ¹⁵⁸. 'Overzicht van wijzigingen van de artikelen van het huishoudelijk reglement, door de ALV's van 1916-1918 aangenomen. 14 april 1919', *NTvG* 16 (1919 I) 1377-1382.
- ¹⁵⁹. 'Overzicht van wijzigingen van de artikelen van het huishoudelijk reglement, door de ALV's van 1916-1918 aangenomen. 14 april 1919', idem, 1372.
- ¹⁶⁰. 'Verslag over de staat en de werkzaamheden van de NMG en haar afdelingen gedurende het jaar 1918-1919', *NTvG* 26 (1919 I) 2321-2342.
- ¹⁶¹. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 267.
- ¹⁶². NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1922. Jaarverslag van de specialistenorganisatie, 27-32.
- ¹⁶³. 'Ontwerp-reglement van de huisartsenorganisatie', *NTvG* 25 (1920 I) 2630-2643.
- NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1921. Reglement van de huisartsenorganisatie, 31 juli 1921, 589-600.
- ¹⁶⁴. NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1923, handelingen van de 74e Algemene Ledenvergadering, 354-376.
- ¹⁶⁵. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 270.
- ¹⁶⁶. NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1923. Instelling bevredigingscommissie, 1.
- ¹⁶⁷. NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1924, 47-57.
- ¹⁶⁸. J.L., 'Het Ziekenfondswezen in het belang der arbeiders en een algemeen belang', *Het Ziekenfonds* 1 (1925) 7-8.
- ¹⁶⁹. Stichting HiZ, Unificatiecommissie, 1922-1926, toelichting op het standpunt van de Landelijke Federatie ter behartiging van het Ziekenfondswezen in de Unificatiecommissie, ongedateerd.
- ¹⁷⁰. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 233.
- ¹⁷¹. Na het Ziekenfondsenbesluit.
- ¹⁷². J. Veldman, *Geschiedenis Ziekenfondswezen*, 26.

-
- H. Festen en N.A. van Gemert, *Van doktersfonds tot zorgverzekeraar 1914-1989. 75 jarige geschiedenis van Ziekenfonds Midden-Brabant tegen een landelijk decor A.A.A.-VGZ* ('s-Hertogenbosch 1990) 14, 39.
- ¹⁷³. 'Beroepsbelangen: H.A. van Eyk, ziekteverzekering voor de middelklasse in Nederland', *NTvG* 15 (1917 II) 1349.
- ¹⁷⁴. 'Beroepsbelangen: H.A. van Eyk, ziekteverzekering voor de middelklasse in Nederland', idem, 1350.
175. P.A. Zeven, *Ziektekostenverzekering* (Amsterdam 1963) 14.
- ¹⁷⁶. 'Handelingen van de Buitengewone Algemeene vergadering van 2 en 3 mei 1918', *NTvG* 3 (1918 II) 192-232.
- NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Rapport inzake het onderzoek naar de middenstands-ziekteverzekering, 1922, 173-180.
- ¹⁷⁷. 'Verslag over de staat en de werkzaamheden van de NMG en haar afdelingen gedurende het jaar 1918-1919', *NTvG* 26 (1919 I) 2325.
- ¹⁷⁸. 'Handelingen van de buitengewone algemeene vergadering van 31 oktober 1920', *NTvG* 26 (1920 II) 2768, 2773.
- ¹⁷⁹. Ziekenzorg, inv.no. 97, Copie-boek. Register met kopieën van uitgaande correspondentie uit de periode van 22 augustus 1918 tot en met 22 december 1922, brief aan G.W. Sannes, SDAP 2e kamerfractie, 1 december 1919.
- ¹⁸⁰. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 74.
- ¹⁸¹. W.B. Smit, *Het vraagstuk der ziekenhuisverpleging voor de gemeenten* (Haarlem 1939) 14.
- ¹⁸². W.B. Smit, idem, 17-18.
- ¹⁸³. Idem, 18.
- 'Handelingen van de buitengewone algemeene vergadering van 31 oktober 1920', *NTvG* 26 (1920 II) 2847.
- ¹⁸⁴. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 74.
- ¹⁸⁵. H.F. van der Velden, idem, 77.
- ¹⁸⁶. J.T.M. van der Heyden, *Het Ziekenhuis door de eeuwen heen. Over geld, macht en mensen* (Rotterdam 1994) 79.
- ¹⁸⁷. W.B. Smit, *Het vraagstuk der ziekenhuisverpleging voor de gemeenten*, 38-47.
- ¹⁸⁸. W.B. Smit, idem, 42.
- ¹⁸⁹. Idem, 86.
- ¹⁹⁰. 'Verslag over de staat en de werkzaamheden van de NMG en haar afdelingen gedurende het jaar 1918-1919', *NTvG* 26 (1919 I) 2330.
- ¹⁹¹. *Het Ziekenfonds* 9 (1925) 1.
- ¹⁹². 'Arts en samenleving: A.C. van Bruggen, Ziekteverzekering en het vrije beroep der artsen', *NTvG* 17 (1920 II) 1715-1719.
- ¹⁹³. 'Arts en samenleving: A.C. van Bruggen, Ziekteverzekering en het vrije beroep der artsen', idem, 1716.
- ¹⁹⁴. VHZ, z.i., notulen van de deelnemersvergaderingen, notulen van de vergadering van 2 februari 1922. Vereeniging, inv.no. 9, notulen van de ledenvergaderingen van de Vereeniging, 1914-1923, vergadering op 18 maart 1922.
- ¹⁹⁵. Ziekenzorg, inv.no. 28, register met notulen van de vergaderingen van het bestuur van 5 mei 1920 tot en met 13 oktober 1927, vergadering van 29 maart 1922.
- ¹⁹⁶. Ziekenzorg, inv. no. 28, vergadering van 28 juli 1920.
- ¹⁹⁷. Stichting HiZ, Algemeene Raad ter bevordering van het Ziekenfondswezen. Rede van F.S. Noordhoff tijdens een algemene vergadering van de Algemene Raad over de vakbeweging en het Ziekenfondswezen, 1931.
- ¹⁹⁸. Stichting HiZ, Unificatiecommissie, 1922-1926, notulen van de vergaderingen van de vakbonden onderling en met de vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en de medewerkersorganisaties, notulen van de conferentie van het Dagelijks Bestuur van het Nederlandsch Verbond van Vakverenigingen met de CO, 28 juni 1928.
- ¹⁹⁹. Stichting HiZ, idem, toelichting op het standpunt van de Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen in de Unificatiecommissie, ongedateerd.
- ²⁰⁰. Idem, vergadering met het RKV, het CNV, het ANV en het NAS van 14 september 1922.
- ²⁰¹. Idem.
- ²⁰². *Het Ziekenfonds* 9 (1925) 1.
- ²⁰³. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 73.
- ²⁰⁴. *Rapport der Commissie tot onderzoek naar de mogelijkheid, meer eenheid te brengen in het Ziekenfondswezen in ons land* (Zeist 1925).
Afgesloten als Unificatierapport, UR.

-
- ²⁰⁵. UR, 2.
- ²⁰⁶. UR, 7.
- ²⁰⁷. Stichting HiZ, Unificatiecommissie, notulen van de vergadering van de Commissie van 22 februari 1923.
- ²⁰⁸. UR, 8.
- ²⁰⁹. UR, 9.
- ²¹⁰. UR, 15.
- ²¹¹. UR, 15-16.
- ²¹². UR, 24.
- ²¹³. UR, 28.
- ²¹⁴. UR, 27.
- ²¹⁵. Ziekenzorg, inv.no. 98, Copie-boek. Register met kopieën van uitgaande correspondentie uit de periode van 24 juli 1900 tot en met 14 mei 1918, brief aan verzekerde A. Schouten, 30 juli 1914.
- ²¹⁶. Stichting HiZ, Unificatiecommissie, 1922-1926, nota ter verdediging van het opnemen van de tandheelkundige hulp in het ziekenfondspakket, ongedateerd.
- ²¹⁷. Afdeling Utrecht, inv.no. 21, ingekomen en uitgegane stukken, brief van de NMT aan de afdeling Utrecht van de NMG, augustus 1921.
- ²¹⁸. UR, 35-40.
- ²¹⁹. De geneesmiddelenvoorziening op het platteland was geregeld door apotheekhoudende huisartsen.
- ²²⁰. Cijfers, door de Unificatiecommissie gebaseerd op het verslag van de Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid 1923. De kosten van sanatoriumverpleging waren niet te ramen, omdat nooit te bepalen was hoeveel personen voor opname in aanmerking kwamen.
- ²²¹. 'Notulen van de Algemene Vergadering van de Federatie, gehouden op 18 november 1925', *Het Ziekenfonds* 9 (1925) 4-6.
- ²²². *Het Ziekenfonds* 9 (1925) 1.
- ²²³. *Het Ziekenfonds* 5 (1925) 8.
- ²²⁴. 'Het conflict aan de Volharding en de Vrije Artsenkeuze', *Het Ziekenfonds* 1 (1925) 2-3.
- ²²⁵. *Het Ziekenfonds* 1 (1925) 4.
- ²²⁶. 'Bij de Volharding', *Het Ziekenfonds* 4 (1925) 3.
- ²²⁷. *Het Ziekenfonds* 2 (1926) 1.
- ²²⁸. *Het Ziekenfonds* 9 (1925) 5.
- ²²⁹. *Het Ziekenfonds* 2 (1926) 2.
- ²³⁰. Idem, 1-6.
- 'Aan de aangesloten fondsen', *Het Ziekenfonds* 1 (1926) 1.
- ²³¹. 'Aan de aangesloten fondsen', idem, 5.
- ²³². J. Veldman, *Geschiedenis Ziekenfondswezen*, 21.
- ²³³. Stichting HiZ, Unificatiecommissie, 1922-1926, notulen van de vergadering van de commissie van 26 november 1926.
- ²³⁴. Stichting HiZ, idem, vergadering van 18 maart 1926.
- ²³⁵. 'Aan wie de schuld?' *Het Ziekenfonds* 3 (1926) 2-3.
- ²³⁶. 'Nogmaals een vergadering van het Unificatierapport', idem, 1-2.
- ²³⁷. J. Veldman, *Geschiedenis Ziekenfondswezen*, 20.
- ²³⁸. J. Veldman, idem, 19.
- ²³⁹. 'Geeft de Mij. van Geneeskunst de "Vrije Artsenkeuze" prijs?', *Het Ziekenfonds* 1 (1928) 2.
- ²⁴⁰. Deze commissie heette voluit: Centrale Commissie tot bevordering der alle in de R.K. Arbeidersbeweging van Nederland bestaande en op te richten fondsen, welke zich ten doel stellen aan hun leden en dezer gezinnen, ingeval van ziekte, genees-, heel- en verloskundige hulp, benevens geneesmiddelen te verschaffen. *Het Ziekenfonds* 11 (1927) 3.
- ²⁴¹. J. Veldman, *Geschiedenis Ziekenfondswezen*, 21, H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 363. H. Festen, en N.A. van Gemert, *Van doktersfonds tot zorgverzekeraar 1914-1989*, 68.
- ²⁴². 'Geeft de Mij. van Geneeskunst de "Vrije Artsenkeuze" prijs?', 1.
- ²⁴³. De Federatie breidde zich nog steeds uit. In januari 1928 sloten De Eendracht uit Nijkerk en Het Algemeen Ziekenfonds voor Laren en Blaricum zich aan. *Het Ziekenfonds* 2 (1928) 1.
- ²⁴⁴. 'Het oprichten van R.-K. Ziekenfondsen', *Het Ziekenfonds* 1 (1928) 1.
- ²⁴⁵. 'Geeft de Mij. van Geneeskunst de "Vrije Artsenkeuze" prijs?', 2.

-
- ²⁴⁶. NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1921-1929, handelingen van de Algemene Vergadering van 28 en 29 januari 1928.
- ²⁴⁷. 'De arbeiders en het Ziekenfondswezen', *Het Ziekenfonds* 4 (1928) 2.
- 'Nieuwe wegen, voorstel van het bestuur tot samenwerking met het N.V.V.', *Het Ziekenfonds* 5 (1928) 3.
- ²⁴⁸. J. Veldman, *Geschiedenis Ziekenfondswezen*, 24.
- ²⁴⁹. J. Veldman, idem, 24
- H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 369.
- ²⁵⁰. 'De Mij. van Geneeskunst en de Moraal clause', *Het Ziekenfonds* 6 (1930) 4.
- ²⁵¹. 'Strijd?', *Het Ziekenfonds* 7 (1930) 3.
252. NMG, inv.no. 49, Handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1923, 259-272, jaarverslag van de huisartsenorganisatie over 1922.
253. NMG, idem, Handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1929. Jaarverslag van de NMG over 1928, afdeling ziekenfondsbelangen.
254. Idem, Handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1922, 259-272. Jaarverslag van de huisartsenorganisatie over 1921.
255. C.J. Japenga en H.F. van der Velden, 'Het geneeskundig beroep en de regionale differentiatie in organisatie en financiering van de gezondheidszorg in Nederland (1900-1941)', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 18 (1992) 510.
256. NMG, inv.no. 175, M 1, I-II, Maatschappijziekenfondsen, vergaderingen 1926-1936, notulen van de vergadering van vertegenwoordigers van Maatschappijfondsen van 4 juli 1926.
257. NMG, idem, correspondentie met prof. Meyers te Leiden over de verhouding NMG-Maatschappijfondsen, oktober 1926-januari 1927.
258. NMG, inv.no. 28, Notulen van de vergaderingen van het Hoofdbestuur, 1929, vergaderingen van 11 en 12 mei, 14 en 15 september en 14 en 15 december 1929.
259. Jaarverslag van de NMG over 1928, afdeling ziekenfondsbelangen.
260. NMG, inv.no. 176, M 4, I-II, Maatschappijziekenfondsen, gehele land, 1929-1939.
261. NMG, inv.no. 28, notulen van de vergadering van 9 en 10 februari 1929.
262. NMG, idem, notulen van de vergadering van 14 en 15 september 1929.
- 'Oprichting van nieuwe maatschappijfondsen', *NTvG* (1929 II) 4450.
263. NMG, inv.no. 140, A60, Algemene Raad voor het Ziekenfondswezen, 1930-1934, verslag vergadering van het DB van de NMG met Noordhoff, Van Schaik en Kruithof van 14 april 1931.
264. NMG, inv.no. 175, notulen van de vergadering van vertegenwoordigers van Maatschappijfondsen van 30 juni 1929.
265. NMP, inv.no. 429, 361.a. Eigendomsrechten van ziekenfondsen, advies van mr. P.S. Frenkel aan de Huisartsen-Commissie over de organisatie van Maatschappij Ziekenfondsen, 22 november 1935.
- NMP, idem, brief van het hoofdbestuur van de NMP aan het hoofdbestuur van de NMG over het onderbrengen van de Maatschappijfondsen in een stichting, 17 maart 1936.
266. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 381-382.
267. NMP, inv.no. 316, Doss.nr. 253. Commissie voor het ziekenfondswezen. 1935-1942. Brief van het HB van de NMP aan het HB van de NMG over het onderbrengen van de Maatschappijfondsen in een stichting, 17 maart 1936.
268. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 123, Correspondentie, verslagen en reglementen betreffende de oprichting van een Bond van Maatschappij-Ziekenfondsen op federatieve grondslag, 1936-1937, tekst voor een rede van de voorzitter Van den Helm, 1937.
269. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 123, uitnodiging aan besturen van de Maatschappijfondsen voor een vergadering op 28 november 1936.
- Stichting HiZ, Tot stand komen van de Federatie V.M.Z., 1933-1942.
270. *Een halve eeuw lang. Jan van de Bunt op de bres voor de zieke medemens* (Amersfoort 1979).
271. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 123, idem, brief aan het Hoofdbestuur van de NMG, 25 november 1936.
- Afschrift met aantekeningen in: NMP, inv.no. 431, doss.nr. 361.2, Bond van Maatschappij-Ziekenfondsen, 1914-1936.
272. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 123, beknopte notulen van de vergadering van de "Maatschappij tot bevordering van het Ziekenfondswezen in Nederland", 28 november 1936.
273. Afdeling Utrecht, inv.no. 24, ingekomen en uitgaande stukken, 1937-1941, brief van de UHV aan de afdeling over de zeggenschap van de Mij.-fondsen bij de bond van Mij.-fondsen, 17 januari 1937.

-
274. NMG, inv.no. 195, R 51, dr. I.J. van der Helm, Amersfoort. Reorganisatie ziekenfondswezen. Verslag van de vergadering van het HB van 12 en 13 december 1936.
275. NMP, inv.no. 431, doss.nr. 361.2 Bond van Maatschappij-Ziekenfondsen, 1914-1936. Brief van het HB van de NMG, 14 december 1936.
276. NMG, inv.no. 195, verslag van de vergadering van het HB van 9 en 10 januari 1936.
277. Centraal Bureau voor de Statistiek, *Overzicht van den omvang van het ziekenfondswezen in Nederland op 1 januari 1936* ('s-Gravenhage 1937) 11.
Afkort als CBS 1936.
278. Centraal Bureau voor de Statistiek, *1899-1984. 85 jaren statistiek in tijdreeksen* ('s-Gravenhage 1984) 16.
279. CBS 1936, 31.
280. NMG, inv.no. 180, M 28, Maatschappijfondsen, stichting, 1936. Verslag van de buitengewone ALV van 28 en 19 maart 1936, overeenkomst met de NMT.
'De Nederlandse Mij. tot bevordering der Geneeskunst en de Nederlandse Mij. tot bevordering der Tandheelkunde vinden elkaar', *Het Ziekenfonds* 6 (1935) 2.
281. CBS 1936, 34.
²⁸². NMG, inv.no. 271, notulen en reglementen van de Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen, 1935-1938, overzicht werkzaamheden juli 1936 tot april 1938.
283. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 208.
'De Crisisregeling voor leden der Ziekenfondsen te Haarlem', *Het Ziekenfonds* 1 (1933) 2.
284. C. Eggink, *Het Ziekenfondsregeling in crisistijd* (z.p. z.j.)
H.G. Hamaker, 'Ziekenfondsen, geneesmiddelen en crisis', *Het Ziekenfonds* 12 (1933) 2-3.
285. Afdeling Utrecht, inv.no. 23, Ingekomen- en uitgegane stukken, 1925-1936, artikelen over de verlaging van de ziekenfondstarieven als onderdeel van de crisisregeling, typescripten, 1935.
286. NMG, inv.no. 175, notulen van de vergadering van de besturen van Maatschappijfondsen op 24 november 1934.
'De crisiswerklozen en de Ziekenfondsen', *Het Ziekenfonds* 7-8 (1934) 1-2.
287. C. Eggink, *Het Ziekenfondsregeling in crisistijd*, 24-26.
Het Ziekenfonds, 8-9 (1935) 5.
288. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 208.
289. J.J. Woltjer, *Recent verleden*, 523.
290. NMG, inv.no. 175, beknopte notulen van de vergadering van de "Maatschappij tot bevordering van het Ziekenfondswezen in Nederland", 28 november 1936.
291. 'Nieuwe wegen', *Het Ziekenfonds* 5 (1928) 3-4.
292. Stichting HiZ, Algemeene Raad, Bestuurdersbonden en Ziekenfondsen. Stellingen van F.S Noordhoff. Stelling III.
293. 'Algemeene Raad ten behoeve van het ziekenfondswezen', *Het Ziekenfonds* 11 (1929) 1.
294. Stichting HiZ, Algemeene Raad ter bevordering van het Ziekenfondswezen. Brief van het NVV aan de Bestuurders, houdende het verzoek de Algemeene Raad op te hoogte te houden met plaatselijke ziekenfondszaken, 30 december 1929.
295. Stichting HiZ, Verhouding RKWV en de Bond RKZ, 1932-1941, Ziekenzorg, verslagen over 1932 en 1933.
296. Stichting HiZ, Algemeene Raad ter bevordering van het Ziekenfondswezen, Verrichtingen van de Algemeene Raad gedurende het jaar 1932.
297. Stichting HiZ, idem, verslagen over 1931 en 1932.
298. Stichting HiZ, Verhouding RKWV en de Bond RKZ, 1932-1941. Resoluties, reglementen en pamfletten betreffende de oprichting van de Bond van R.K-ziekenfondsen, 1931-1933, Statuten van den bond van R.K.-Ziekenfondsen in Nederland, 1932.
299. Stichting HiZ, idem, verslag over 1935.
300. Idem, resolutie inzake het ziekenfondswezen, 24 oktober 1932.
301. Stichting HiZ, Algemeene Raad, Reglement van de Algemeene Raad.
Afgedrukt in *Het Ziekenfonds* 12 (1929) 2-3.
302. NMG, inv.no. 28, Notulen van de vergaderingen van het Hoofdbestuur, 1929, notulen van de vergadering van 14 en 15 december 1929.
303. NMG, inv.no. 179, M 18, Maatschappijziekenfondsen, aard en beginselen, 1930. Advies van de HC over de verhouding van de NMG tegenover de Federatie-fondsen, 27 oktober 1930.
304. NMG, inv.no. 179, idem.

-
305. In 1930 en 1931 sloten zich ziekenfondsen aan uit Bolsward, Hoorn, Almelo, Assen, Zutphen, Harlingen, Tiel, Doesburg, Warnsveld, Brielle, Brummen, Haarlem en Doetinchem. Fondsen werden opgericht in Huizen, Heerenveen, Drachten, Maassluis, Winschoten, Maastricht, Vlaardingen, Kampen, Oosterbeek, Waddinxveen en Den Helder.
Stichting HiZ, Algemeene Raad, verrichtingen van de Algemeene Raad gedurende het jaar 1930 en 1931.
306. Stichting HiZ, idem, overzicht van de over het tweede en derde kwartaal 1932 gevoerde correspondentie.
307. Idem, verrichtingen van de Algemeene Raad over 1930.
Idem, afdruk van het overzicht van de onderhandelingen van het hoofdbestuur met de Algemeene Raad ter bevordering van het ziekenfondswezen, 8 november 1931.
308. Stichting HiZ, Verhouding RKWV en de Bond RKZ, 1932-1941, verslag van de plenum-bijeenkomst van de HC en de SC met de vertegenwoordigers van de Algemeene Raad en de Landelijke Federatie, 13 mei 1933.
309. NMG, inv.no. 140, A60, Algemeene Raad voor het Ziekenfondswezen, 1930-1934, voorstel van het HB van de NMG voor richtlijnen met samenwerking met de Raad, 18 maart 1931.
Stichting HiZ, Algemeene Raad, verrichtingen over het jaar 1931 en Overzicht van de onderhandelingen van het HB van de NMG met de Algemeene Raad, 1931.
310. NMG inv.no. 140, verslag van de vergadering van het DB van de NMG met Noordhoff, Van Schaik en Kruithof van 14 april 1931.
311. Stichting HiZ, Algemeene Raad, Adres van de Algemeene Raad aan de Tweede Kamer betreffende de ontwerp-Ziekenfondswet, april 1931.
312. Stichting HiZ, idem, F.S. Noordhoff, *Inleiding over de betekenis van de Ziekenfondswet* (Utrecht 1931) 11.
313. 'Het praestatiestelsel', *Het Ziekenfonds* 3 (1931) 2.
314. Stichting HiZ, F.S. Noordhoff, *Inleiding over de betekenis van de Ziekenfondswet*, 20.
315. Stichting HiZ, idem, 29.
316. Stichting HiZ, Algemeene Raad, Afdruk van het overzicht van de onderhandelingen van het hoofdbestuur met de Algemeene Raad ter bevordering van het ziekenfondswezen.
317. J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 193.
318. F.S. Noordhoff, 'Onduldbare voogdij van de medici. Aanmatiging van rechten in ziekenfondsbesturen', *Het Ziekenfonds* 2-3 (1932) 6-7.
319. NMG, inv.no. 140, A60, notulen van de buitengewone vergadering van het HB van 11 juni 1932.
320. NMG, idem, brief van het HB aan de afdelingen over de met samenwerking met de Raad en een uitspraak over de bestuurssamenstelling, 11 april 1933.
321. 'Algemeene Raad. Program van actie opgesteld'. *Het Ziekenfonds*, 2-3 (1932) 3.
322. 'Notulen van de Achttiende Jaarvergadering van de Landelijke Federatie, 30 juni 1932', *Het Ziekenfonds* 5 (1932) 2-7.
323. 'Adres', *Het Ziekenfonds* 4 (1932) 2.
Stichting HiZ, Algemeene Raad, Verrichtingen van de Algemeene Raad over 1932.
324. De Raad wees het voorstel van de HC niet principieel af, maar de strijd speelde zich meer en meer af tussen de Raad en het HB.
NMG, inv.no. 140, notulen van de buitengewone vergadering van het HB van 11 juni 1932.
Stichting HiZ, Algemeene Raad, brief van de Algemeene Raad aan de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, 27 juni 1932.
325. NMP, inv.no. 317, Doss.nr. 253.1. Centrale commissie voor het ziekenfondswezen. 1935-1941, memorandum over het falen van de Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen, 18 oktober 1939. Afgekort als: Memorandum.
326. 'Notulen der Algemeene Vergadering van de Landelijke Federatie van 21 juni 1935', *Het Ziekenfonds* 8-9 (1935) 1.
327. Afdeling Utrecht, inv.no. 15, Notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1933-1934, vergadering van 28 april 1933.
328. 'Bindende besluiten', *Het Ziekenfonds* 6 (1932) 1.
Stichting HiZ, Algemeene Raad, brief van het NVV aan de leden van het Verbondsbestuur, 9 augustus 1932.
329. '1933', *Het Ziekenfonds* 1 (1933) 1.
330. Stichting HiZ, Algemeene Raad, verrichtingen van de Algemeene Raad over 1932.
331. 'Algemeene Raad ter bevordering van het Ziekenfondswezen. Wordt de Raad opgeheven?', *Het Ziekenfonds*, 10 (1934) 1-2.
'Notulen der Jaarvergadering van 11 juli 1934', *Het Ziekenfonds* 7-8 (1934) 4.
332. 'Notulen der Jaarvergadering van 11 juli 1934', idem, 3.

-
333. Idem, 6.
334. Idem, 5.
335. 'Notulen der jaarvergadering van dinsdag 11 juli 1933', *Het Ziekenfonds* 9 (1933) 2.
336. NMG, inv.no. 140, brief van het NVV aan het HB over de weigering van het voorstel van de DG, 10 mei 1933.
- Afdeling Utrecht, inv.no. 15, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1933-1934, vergadering van 28 april 1933.
- 'Ziekenfondsverhoudingen', *Het Ziekenfonds* 3 (1935) 1-2.
337. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 39-44.
338. Stichting HiZ, Geschiedenis van de R.K. van Ziekenfondsen, 1932-1970, *Ziekenzorg* 1935.
339. 'Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen', *Het Ziekenfonds* 4 (1935) 3.
- NMP, inv.no. 317, Doss.nr. 253.1, brief van minister Slotemaker de Bruïne aan het bestuur van de NMP over de instelling van een CCZ, 8 april 1935.
340. 'Centrale commissie voor ziekenfondszaken', *Het Ziekenfonds* 5 (1935) 3.
341. Afdeling Utrecht, inv.no. 16, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1935-1936, vergadering van 31 mei 1935.
342. NMG, inv.no. 180, M 28, Maatschappijziekenfondsen, stichting, 1936. Verslag van de buitengewone ALV van 28 en 29 maart 1936 in Amsterdam.
343. Stichting HiZ, Geschiedenis van de Bond van R.K. Ziekenfondsen, 1932-1970, *Ziekenzorg* 1935-1936.
344. Stichting HiZ, idem, *Ziekenzorg*, 1937.
345. NMG, inv.no. 271, notulen en reglementen van de Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen, 1935-1938, overzicht werkzaamheden juli 1936 tot april 1938.
346. NMG, idem.
347. *Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. 1914-1989. Een uitgave ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan van de NMT* (Nieuwegein 1989) 100, 104-105.
348. Memorandum.
349. Memorandum.
350. NMG, inv.no. 271, overzicht werkzaamheden juli 1936 tot april 1938.
351. NMG inv.no. 140, A60, Algemene Raad voor het Ziekenfondswezen, 1930-1934, verslag van de vergadering van het DB van de NMG met vertegenwoordigers van de NMP, 14 april 1931.
352. NMP, inv.no. 431, Doss.nr. 361.2, verslag van de besprekingen tussen HC, SC en NMP te Amsterdam, 5 juni 1935.
353. NMP, inv.no. 431, idem.
354. 'De Nederlandse Mij. ter bev. der Geneeskunst en die der Pharmacie', *Het Ziekenfonds* 8-9 (1935) 4-5.
355. Afdeling Utrecht, inv.no. 17, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1937-1938, vergadering van 30 april 1937.
356. NMP, inv.no. 317, aanvulling van 31 maart 1941.
357. Memorandum.
358. Dit waren fondsen in Texel, Groningen en Nijmegen.
- 'Verslag van de 26ste Algemene Vergadering van de Centrale Bond van Ziekenfondsen, 17 juni 1939', *Het Ziekenfonds* 11 (1939) 7.
359. Memorandum.
- ³⁶⁰. 'Notulen van de Algemene Vergadering van de Landelijke Federatie van 21 juni 1935', *Het Ziekenfonds* 8-9 (1935) 1.
- ³⁶¹. *Ziekenzorg*, inv.no. 31, Register met notulen van de vergaderingen van het bestuur uit de periode van 27 mei 1932 tot en met 15 oktober 1936, vergadering van 11 november 1933.
- ³⁶². Stichting HiZ, Verhouding RKWV en de Bond RKZ, 1932-1941, correspondentie 1934.
- ³⁶³. 'Notulen van de Algemene Vergadering van de Landelijke Federatie van 21 juni 1935', 3.
- ³⁶⁴. Stichting HiZ, Verhouding RKWV en de Bond RKZ, 1932-1941. Correspondentie betreffende de ontwerp-Ziekteverzekeringwet, 1936, Adres van het NVV aan de Tweede Kamer, met memorie van toelichting, 24 november 1936.
- ³⁶⁵. 'Notulen van de Algemene Vergadering van de Landelijke Federatie van 21 juni 1935', 4.
- ³⁶⁶. Stichting HiZ, Verhouding RKWV en de Bond RKZ, 1932-1941. Correspondentie betreffende de ontwerp-Ziekteverzekeringwet, 1936, Adres van het NVV aan de Tweede Kamer, met memorie van toelichting, 24 november 1936.
- ³⁶⁷. NMG, inv.no. 271, kort verslag van de vergadering van 9 april 1936.

³⁶⁸. Stichting HiZ, Adres van het NVV aan de Tweede Kamer, met memorie van toelichting, 24 november 1936.

³⁶⁹. H.C. & E. W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 114.

³⁷⁰. Ziekenfondsraad, *Rapport betreffende de ontwikkeling van de Nederlandse Ziekenfondsverzekering* (Amsterdam 1959) 6.

³⁷¹. Stichting HiZ, Verhouding RKWV en de Bond RKZ, 1932-1941. Correspondentie betreffende de ontwerp-Ziekteverzekeringswet, 1936, adres aan de besturen van de plaatselijke R.K. Volksbonden en de plaatselijke Ziekenfondsen, 17 december 1936.

Idem, Adres aan de Tweede Kamer, 27 november 1936.

³⁷². H.C. & E. W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 116.

³⁷³. E.W. van der Hoeven, *ANOZ van A tot Z. Vijftig jaar landelijk ziekenfonds en zijn eigenaardigheden* (Zeist 1996) 14.

³⁷⁴. E.W. van der Hoeven, idem, 16.

³⁷⁵. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 48.

376. D. Kortenhoeven, *100 jaar fysiotherapie. Ontwikkeling van het wettelijk en economisch kader van een paramedische beroepsgroep* (Arnhem 1989) 66.

Deel II: De partijen; overleg en polarisatie

Het regionaal niveau

2.8 Amersfoortse artsen, verzekerden, hun Maatschappijfonds en de regio

Het Amersfoortse ziekenfondsbestel ontwikkelde zich in deze periode tot een goed beheerd Maatschappijfonds, dat al snel de regio beheerste. Dit kwam door twee factoren: de druk van de plaatselijke specialisten, die streefden naar erkenning en honorering en de bestuurlijke samenwerking van de verzekerden, de artsen en de apothekers.

Artsenhonoraria, verzekerden en de Eerste Wereldoorlog

De Amersfoortse huisartsen trokken zich weinig aan van de roerselen in het landelijk ziekenfondswezen. Zij maakten de dienst uit in de besturen van het Nieuw Ziekenfonds, het NZ en het Amersfoortsch Ziekenfonds, het AZ, en vonden hun honorarium belangrijker dan het landelijk NMG-beleid en ziekenfondswetgeving.

De heren kibbelden in 1912 liever met de apothekers om hen de geneesmiddelen en verbandstoffen voor de beide ziekenfondsen te laten leveren tegen inkoopsprijs. Deze regeling zou de artsen de mogelijkheid geven voor een honorariumverhoging met 10%.¹ De verdeelsleutel van 3/10 voor de apothekers en 7/10 voor de dokters was sinds de oprichting van het Amersfoortsch Ziekenfonds in 1862 onveranderd gebleven, terwijl de verkoopprijzen van medicijnen in 70 jaar flink waren gestegen en de winstmarges voor de apothekers groeiden. De apothekers hadden geen zin om al te veel van hun inkomen af te staan, maar verlaagden enkele niet-courante geneesmiddelen in prijs om de dokters tegemoet te komen.

De fondsbesturen probeerden gezamenlijk de gevolgen van de Eerste Wereldoorlog op te vangen voor de Amersfoortse gezinnen met gemobiliseerde vaders. Zij werden vrijgesteld van contributie. De leden die door de economische crisis in de oorlog werkloos werden, kregen uitstel van betaling en werden bij wanbetaling niet geroyeerd.² Deze regelingen bleven de hele oorlog gehandhaafd.

In 1917 namen de fondsbesturen belangrijke besluiten over het verzekerdenreglement en de verstrekkingen. Zij stelden als gevolg van de economische bloei de welstandsgrens voor de Amersfoortse ziekenfondsverzekerden vast op f 1.200 en verhoogden de contributies.³ De weekpremie voor een gezin tot drie kinderen steeg met 5 cent tot 25 cent en voor een gezin met meer dan drie kinderen tot 30 cent.⁴

Specialistenrumoer in Amersfoort

De Amersfoortse verzekerden kregen in 1917 recht op poliklinische specialistische zorg. In juli 1917 hadden twee specialisten een polikliniek opgericht en de ziekenfondsen besloten gezamenlijk met de artsen van deze kliniek een mondeling contract aan te gaan op basis van het maandkaartenstelsel.⁵ De beoordeling van de verwijzing hielden de huisartsen in eigen hand. De verzekerde moest een eigen bijdrage betalen van f 0,50 per kaart. Recepten, afgegeven door de specialist, moesten door de huisarts worden geparafeerd en werden door de ziekenfondsen vergoed.

Deze regeling bleek maar voorlopig, want de specialisten stelden al in 1918 hun eerste honorariumeisen. Zij steunden hun Centrale Vertegenwoordiging in de NMG in de strijd tegen de huisartsen met hun Centrale Organisatie en wilden hun belangen in de Amersfoortse fondsen verstevigen tegen de macht van de huisartsen.⁶ De specialisten dreigden hun een jaar oude contract op te zeggen als hun tarieven niet zouden worden verhoogd.

De fondsbesturen, gedomineerd door de huisartsen, probeerden hen tegemoet te komen door de verdeelsleutel voor de honoraria aan te passen en de contributies te verhogen. Zij wilden de specialisten een abonnementshonorarium van 5% van de netto contributieopbrengst geven, terwijl de apothekers dan 28,5% en de huisartsen 66,5% zouden krijgen. Dit moest voor de specialisten voldoende zijn, temeer daar het gemeentebestuur van Amersfoort een nieuwe verordening voor de ziekenhuisverpleging had afgekondigd, waarbij de zorg voor de ziekenhuispatiënten door de stad zou worden gefinancierd en de specialisten verzekerd zouden zijn van een redelijk inkomen.

Mejuffrouw E.L.M. Sinnige, de administratrice van het Nieuw Ziekenfonds, kwam met een voorstel voor de premie-aanpassing. Zij vond de verdeling van het ledenbestand in gezinnen met minder of meer dan drie kinderen veel te ingewikkeld worden en rekende voor dat bij een contributie van 25 cent voor volwassenen boven de 17 jaar de fondsen meer dan voldoende inkomsten zouden hebben.⁷ Dit

klonk de besturen plausibel in de oren en de twee fondsen besloten daarom in maart 1919 de contributiescheiding voor kleinere en grotere gezinnen af te schaffen. Ieder gezin en elke alleenstaande volwassene betaalde 25 cent per week. De welstandsgrens werd verhoogd tot f 1.500 voor gezinnen en tot f 1.000 voor alleenstaanden.

De specialisten hadden wat ingebonden en vroegen een vast honorarium van een cent per lid en f€1,50 per maandkaart. De besturen, in casu de huisartsen, stemden hiermee in en besloten zelfs de eigen bijdrage van de verzekerden af te schaffen. De premieverhoging dekte deze uitgaven meer dan voldoende. De kwestie van de specialistenhonoraria was hiermee geregeld. De specialisten hadden voor hun poliklinische hulp aan de Amersfoortse ziekenfondsverzekerden in 1919 een definitieve erkenning en een redelijk honorarium gekregen.

Deze specialistenovereenkomst werd op 4 november 1925 omgezet in een contract voor de specialismen chirurgie, oogheekunde, keel-, neus- en oorziekten en zenuw- en zielsziekten.⁸ De specialistische hulp werd daarbij uit het verstrekkingenpakket gehaald. De leden konden zich hiervoor voor 5 cent per volwassene per week apart verzekeren, overigens zonder dat de contributie omlaag ging: aanvullende verzekering avant la lettre! Deze premie werd gestort in een aparte kas. De specialisten konden de opbrengst van deze kas onderling verdelen als honorarium: het systeem van de specialistenpot, dat ook elders in het land gebruikt werd.

Deze afspraken bleken voldoende voor drie jaar. De specialisten kwamen in 1928 met nieuwe eisen: verhoging van de bijdrage aan de specialistenpot voor poliklinische hulp en een honorarium voor klinische hulp.⁹ Zij wilden daarmee het laatste deel van de specialistische zorg uit de sfeer van de filantropie trekken en ook in Amersfoort volledige erkenning van hun professie afdwingen. Dit leverde voor de ziekenfondsen grote problemen op. Klinische hulp voor de ziekenfondsverzekerden werd met de ziekenhuisverpleging volgens de Armenwet door de gemeente gefinancierd. De financiële positie van de fondsen maakte het onmogelijk om volledige specialistische zorg zonder grote premieverhogingen door te voeren.¹⁰ Deze zouden voor de verzekerden niet op te brengen zijn en de specialistenkwestie, tot dan toe beperkt tot de regeling van poliklinische hulp, dreigde daarmee onoplosbaar te worden.

Het Amersfoorts ziekenfondsschisma geheeld

De twee Amersfoortse ziekenfondsen maakten zich in 1928 en 1929 niet alleen druk om de specialisteneisen. Zij hadden fusieneigingen.

Cohen, de secretaris van de Centrale Organisatie van de NMG, had in 1918 aangedrongen op fusie van het NZ en het AZ tot een Algemeen Afdelingsfonds Amersfoort en Omstreken.¹¹ De samenwerking tussen de twee fondsen bij de specialistenovereenkomst en de gezamenlijke contributieregeling beviel zo goed dat de huisartsen van mening waren dat de oprichting van een NMG-fonds niet nodig was. Ze vonden het veel makkelijker de twee fondsen naast elkaar te laten bestaan, zonder dat de CO zich ergens mee zou bemoeien. De CO had in 1918 getracht te bemiddelen in een privéconflict tussen twee Amersfoortse artsen en dat was zowel deze artsen als de fondsen te ver gegaan.¹² Om concurrentie te voorkomen had het Nieuw Ziekenfonds zelfs in zijn reglement opgenomen dat haar artsen geen lid mochten zijn van het Amersfoortsche Ziekenfonds.¹³ Een collectieve overeenkomst tussen de NMG en de ziekenfondsen was helemaal niet aan de orde. De huisartsen regelden de relatie met de specialisten in 1918 wel op hun eigen manier.

Tien jaar later waren zij van mening veranderd en vonden zij het te gek dat de twee fondsen, die zo goed samenwerkten en in feite identiek waren, niet zouden fuseren. Door een fusie zou bespaard kunnen worden op de beheerskosten. Alleen de administraties werden nog gescheiden gevoerd, terwijl de besturen beleidsmatig één lijn trokken en meestal samen vergaderden. Het waren algemene fondsen, niet gescheiden door de verzuiling. De Nutsachtergrond van het Amersfoorts Ziekenfonds speelde geen rol meer.

Aldus geschiedde: op 1 januari 1929 werd het Nieuw Amersfoortsch Ziekenfonds, NAZ, gevormd. De bestuursstructuur en het reglement werden overgenomen van de Maatschappijfondsen, maar er werd nog geen aansluiting gezocht bij de NMG. Dat zou pas in 1931 gebeuren.¹⁴ Het bestuur van het nieuwe ziekenfonds bestond uit W.A. van den Bovenkamp, apotheker en voorzitter, H.W. Schreuder, huisarts en secretaris, B.J. van Ernst, arts en penningmeester, G.H. van Ittman, apotheker, C. Eggink¹⁵, arts, I.J. van den Helm, specialist en de verzekerden C.G. Bottemanne, J. Pijpers en J. van de Bunt.¹⁶ Het fonds ging uit van vrije artsen- en apothekerskeuze. Het fonds beschikte over de medewerking van 11 huisartsen, 8 specialisten, 6 apothekers, 3 verloskundigen en een tandarts voor de geneeskundige behandeling van 5.933 betalende leden.¹⁷ Het werkgebied van het fusieziekenfonds beperkte zich nog tot de gemeente Amersfoort.

De verzekerden konden een beroep doen op volledige huisartsenzorg en de daarbij verstrekte geneesmiddelen. Zij betaalden bij verloskundige hulp een eigen risico. Poliklinische specialistische hulp bleef aanvullend verzekerd. De verzekerde tandheelkundige hulp beperkte zich tot extracties. De ziekenhuisverpleging werd niet door het ziekenfonds vergoed, maar kwam voor rekening van de gemeente Amersfoort. Dit pakket week niet af van de ziekenfondsverzekering die elders geboden werd, alleen het bijverzekeren van de specialistische hulp was wel bijzonder.

Door tandartsperikelen, specialistenproblemen en ziekenhuisverpleging tot Maatschappijfonds

Het NAZ kreeg direct te maken met de specialistenkwestie, die gekoppeld werd aan de invoering van tandheelkundige zorg.

De Amersfoortse ziekenfondsverzekerden konden eerder een beroep doen op specialistische hulp dan op een redelijke tandheelkundige zorg. De verstrekking daarvan was pas in 1927 in een bestuursvergadering van het Nieuwe Ziekenfonds door Eggink aan de orde gesteld.¹⁸ De Amersfoortse tandartsen beperkten zich tot extracties en waren niet zonder meer bereid tegen lagere tarieven dan de particuliere voor de ziekenfondsleden uitgebreidere hulp te geven. Eggink vond dit maar minnetjes. In Utrecht was dit toen al geregeld en Amersfoort was toch ook geen kleine stad! Eggink en Van de Bunt drongen in februari 1929 aan op een overeenkomst met de plaatselijke tandartsen.¹⁹ De tandartsen wilden 16,5 praktijkuren voor de ziekenfondsleden reserveren tegen een tarief van twee cent per lid per week. De behandeling zou bestaan uit controleren en het nemen van alle nodige maatregelen voor het instandhouden van het gebit. Kronen en pulpabehandelingen zouden moeten worden betaald. De tandartsen vonden dit een goede honorering.

Deze uitbreiding van het verstrekkingenpakket was voor het fonds wel zonder premieverhoging te financieren, maar de specialisten hadden hun eisen nog steeds niet van tafel gehaald. De huisartsen en Van de Bunt vonden dat de aanvullende verzekering voor de specialistische hulp door de combinatie van klinische hulp en ziekenhuisverpleging niet meer te gebruiken was. Het was dus of tandheelkundige zorg zonder premieverhoging of specialistische hulp met premieverhoging.

Het probleem van de tandheelkunde werd voorlopig opgelost doordat de NMT een overeenkomst weigerde. De tandartsenorganisatie vond het afgesproken tarief voor haar leden veel te laag en stond hen niet toe met het ziekenfonds in zee te gaan.²⁰ Van de Bunt sloot daarop een overeenkomst met mejuffrouw Burger, een niet-georganiseerde tandarts, die haar praktijk volledig voor fondspatiënten openstelde.²¹

De specialisten gingen in 1929 nog verder met hun eisen. Zij verlangden ter garantie van hun honorarium een tweede bestuurszetel. Zij hadden bij het fonds al een zetel, die bekleed werd door de keel-, neus-, en oorarts Van den Helm. Dit was voor hen niet voldoende. Van den Helm was het met zijn collegae eens dat de honoraria moesten worden verhoogd, maar hij wilde het fonds niet te veel onder druk zetten.²² De ziekenfondsverzekerden konden immers gratis gebruik maken van de nabijgelegen Utrechtse universiteitspoliklinieken, waardoor de Amersfoortse specialisten hun tarieven niet te hoog konden opschroeven.

Het fondsbestuur was unaniem van mening dat de specialisten geen machtsuitbreiding mochten krijgen. Van den Helm mocht wel op kosten van het fonds voor de specialisten een accountant inhuren om de boeken te laten onderzoeken. Dat zou hen er wel van overtuigen dat het ziekenfonds geen *schuddeboompje* was. Om de druk te verhogen werd het contract met de specialisten voorlopig maar opgezegd. Deze ferme houding had resultaat. De specialisten trokken uit angst voor financieel verlies al hun eisen in en verklaarden zelfs in 1929 voor de oude tarieven te willen blijven werken.

Het geruzie met de specialisten had een onverwacht gevolg. Het fondsbestuur was zodanig samengesteld dat de belangen van de medewerkers én de verzekerden werden behartigd. De huisarts Prins wilde deze belangenbehartiging verder verbeteren en daarbij het ontwerpreglement van de Maatschappijfondsen gebruiken.²³ De Amersfoortse huisartsen hadden drie zetels in het bestuur, maar volgens dit reglement mochten dit ook specialisten zijn. Hij overlegde met de Van den Helm, die instemde met het gebruik van deze NMG-richtlijnen.

De specialisten lieten niet af en probeerden in 1930 opnieuw een honorariumverhoging los te peuten.²⁴ Zij speelden daarmee in op het initiatief van het Groene Kruis, dat sinds 1928 een Amersfoortse vereniging voor Ziekenhuisverpleging trachtte op te richten. De gemeente financierde de ziekenhuiszorg als armenzorg, maar vroeg steeds hogere eigen bijdragen per opname en voerde een streng verhaalsbeleid.²⁵ De nieuwe vereniging zou tegen een weekpremie van 22 cent de kosten van deze eigen bijdragen kunnen verzekeren.

Het Groene Kruis kreeg steun van een Comité, samengesteld uit plaatselijke prominenten, afkomstig uit alle zuilen. De gemeente was bereid om de premie 8 cent subsidie te verlenen, mits de verzekerden

van het ziekenfonds verplicht aan het ziekenhuisverplegingsfonds deel zouden nemen. Een zelfstandig fonds was volgens het gemeentebestuur niet levensvatbaar en door de betrokkenheid van het ziekenfonds zou voor 4.400 Amersfoortse burgers en hun gezinnen de toegankelijkheid tot een volledige gezondheidszorg gegarandeerd zijn.²⁶ Het verplegingsfonds zou wel zelfstandig van het ziekenfonds moeten functioneren.

Deze verzekering zou het volgens de specialisten mogelijk maken hun tarieven voor het ziekenfonds te verhogen en tegelijk het peil van de tandheelkundige verzorging te handhaven. Zij stelden een ultimatum: als de ziekenhuisverpleging niet voor 1 januari 1931 geregeld was *weigerden zij zich nog langer voor de tandheelkunde te interesseren* en wilden zij een reorganisatie van het ziekenfonds.²⁷

Het streven van de specialisten was een eenzijdige partijstrijd. Hun honorariumeisen wilden zij over de ruggen van de tandarts en de verzekerden uitvechten, terwijl het fondsbestuur niet met hen in debat ging. Dat zou door de oprichting van het ziekenhuisverplegingsfonds niet eens nodig zijn. Het bestuur wilde zelfs ook nog ingaan op het verzoek tot reorganisatie. De specialisten hadden voorgesteld de leeftijdsgrens te verlagen van 18 naar 16 jaar en het Amersfoortse fonds als Maatschappijfonds te laten aansluiten bij de NMG.

Van de Bunt, Prins en Van den Helm hadden daar wel oren naar. Zij verwachtten door de invoering van het modelreglement van de NMG de belangen van de huisartsen, de specialisten, de apothekers, de tandartsen en de verzekerden optimaal te kunnen waarborgen. Op 31 december 1930 werd het fonds daarom omgezet in het Maatschappijfonds Amersfoort.²⁸ Het bestuur kreeg een driedelige samenstelling met drie artsen, drie apothekers en drie verzekerdenvertegenwoordigers. Het nieuwe reglement voorzag in twee belangrijke dingen: de inrichting van een ledenraad en de mogelijkheid om het werkgebied uit te breiden tot de omringende gemeenten.

Het fondsbestuur streefde naar een goede en vreedzaam geregelde verzekering van de gezondheidszorg, zonder dat zij daartoe gedwongen werd door concurrentie met een onderling fonds. De samenwerking tussen de verzekerdenvertegenwoordigers, de artsen en de apothekers was goed, maar wel volledig afhankelijk van de persoonlijke verhoudingen tussen Van de Bunt, Prins, Van den Helm en de administrateur Herman. Van de Bunt was niet alleen ziekenfondsbestuurder, maar ook actief in de vakbond. Toch wilde hij geen politiek ziekenfonds waar uitsluitend de belangen van de arbeiders werden besproken, maar een fonds waar alle partijen hun recht kregen.²⁹ Prins en Van den Helm probeerden als NMG-leden de belangen van de huisartsen en de specialisten zoveel mogelijk samen te laten gaan. De Amersfoortse situatie was haast idyllisch vergeleken met de belangenstrijd in het woelige Utrecht.

Het Maatschappijfonds Amersfoort en de ziekenhuisverplegingsverzekering

De invoering van het Maatschappijziekenfondsreglement stelde de specialisten tevreden. De aanvullende specialistenverzekering werd afgeschaft en poliklinische, klinische en consultatieve hulp kwam in het normale verstrekkingenpakket. De verzekerden kregen volledige specialistische hulp, terwijl in andere plaatsen uitsluitend poliklinische en consultatieve hulp verzekerd werd.³⁰ Het ziekenfonds betaalde een abonnementshonorarium van *f* 1,25 per verzekerde in de gemeente Amersfoort en *f* 1 per verzekerde op het platteland aan de pot van de plaatselijke specialistenvereniging. Het Amersfoortse bedrag werd in 1939 verhoogd tot *f* 1,65 en het plattelandshonorarium werd verlaagd tot 50 cent.³¹ Het verrichtingenstelsel kwam noch bij de specialisten, noch bij het ziekenfonds ter sprake. Het ziekenfonds kon de kosten van de specialistische zorg door het potstelsel binnen de perken houden, ondanks de stijging van het aantal consulten en de uitbreiding van het aantal specialismen.

De verzekering van de ziekenhuisverpleging werd in 1931 geregeld door de oprichting van de Stichting Ziekenhuisverpleging.³² De Stichting stond formeel los van het ziekenfonds, maar in de praktijk waren het fonds en de Stichting verbonden door gemeenschappelijke bestuursleden. De administratie van de Stichting werd gevoerd door het ziekenfonds. De premie was 22 cent per week per gezin en 12 cent voor alleenstaanden boven de 16 jaar. Er was geen welstandsgrens, iedereen kon zich verzekeren. De verzekering voorzag in ziekenvervoer en volledige vergoeding van de kosten van ziekenhuisverpleging voor 56 ligdagen per opname tot een maximum van *f* 3 per dag.³³ De geneeskundige verzorging moest worden betaald door het ziekenfonds. Sanatoriumverpleging en andere verzorging werd niet vergoed. De Stichting was strikt neutraal en sloot contracten voor verpleging met alle ziekenhuizen in de regio, zowel met de gewone ziekenhuizen als met de academische ziekenhuizen.³⁴

De huisartsen kregen in 1931 als abonnementshonorarium *f* 3,50 en de apotheekhoudende huisartsen *f* 5,50 per ziel.³⁵ Deze honoraria bleven tot 1941 onveranderd. In 1935 werd het Zaanse stelsel

ingevoerd om het voorschrijven van geneesmiddelen te beperken.³⁶ De huisartsen en de specialisten mochten ten hoogste 72 cent per ziel per jaar aan medicijnen en verbandstoffen voorschrijven. Het bedrag daarboven werd gekort op hun honoraria. De artsen sputterden niet tegen, blijkbaar verdienden zij genoeg aan het fonds.

De Amersfoortse regeling van de tandheelkundige verzorging

De relatie met de specialisten was in 1931 wel geregeld, maar de verhouding tot de tandartsen nog steeds niet. De NMT drong aan op een collectief contract met alle Amersfoortse tandartsen, maar daar wilde het fondsbestuur niet aan. De praktijk had uitgewezen dat de twee tandartsen, mejuffrouw Burger en J.G. de Vries, het werk wel af konden. Het fondsbestuur wilde een eigen tandheelkundige polikliniek waar ook verzekerden uit de buitengemeenten terecht konden. De uitbreiding van het werkgebied stond voor de deur en met een eigen kliniek konden de kosten worden beheerst, kon de kwaliteit van de zorg beter worden gecontroleerd en de vervanging bij afwezigheid beter geregeld.³⁷ Bovendien wilde het gemeentebestuur deze kliniek financieel steunen als een medewerker ook als schooltandarts wilde werken.

Zo gezegd, zo gedaan. Op 1 april 1931 werd een voorlopige polikliniek ingericht in het St.-Elisabeth's Gast- of Ziekenhuis, waar voor een prikje een ruimte met verlichting en verwarming werd gehuurd.³⁸ Een van de zusters werkte gratis als tandartsassistente. De tandartsen A.C. Grootveld en J.G. de Vries traden voor f 5 per uur in dienst. Mejuffrouw Burgers bedankte voor het fonds en begon een particuliere praktijk. De polikliniek verhuisde op 15 april 1932 naar het eigen gebouw van het fonds op de Zuidsingel 48 en later naar de Hellestraat 49.

De polikliniek voorzag in een grote behoefte. De tandartsen begonnen met ochtendspreekuren en breidden al gauw uit naar de zaterdagmiddag. In 1934 werd zelfs een avondspreekuur ingevoerd voor degenen, die van hun werkgever niet naar het ochtendspreekuur mochten. Tot 1941 werden ±106.900 patiënten behandeld, 37.000 vullingen aangebracht, 56.300 extracties verricht en 1.275 protheses gemaakt.³⁹ De tandheelkundige kliniek bewees als eigen instelling voor de gebitsverzorging van de verzekerden haar waarde, maar de exploitatie van de eigen instelling was daarentegen financieel nadelig. Het gemiddelde verlies was f 7.000 per jaar.⁴⁰ De gemiddelde kosten per verzekerde waren f 0,31 per jaar. Het is niet te berekenen of deze kosten zonder eigen tandartsen, in het geval van een overeenkomst met de NMT, hoger of lager zouden zijn.

Regiovorming tot het Maatschappijfonds Amersfoort en Omstreken

Het Maatschappijfonds Amersfoort uit 1930 werd in 1931 snel Amersfoort en Omstreken. Op 14 september 1931 werd in Scherpenzeel de eerste afdeling buiten Amersfoort opgericht.⁴¹ 22 gezinnen, 131 zielen, schreven zich in. Een jaar later was dit gestegen tot 429 zielen. In 1931 en 1932 ondernamen de huisartsen in Hamersveld en Hoogland met de bodes uit Amersfoort succesvolle ledenwerfacties. Eggink haalde in 1932 zijn collega in Woudenberg over zijn doktersfonds bij Amersfoort te voegen.⁴² In 1933 konden de inwoners van Hoevelaken zich inschrijven bij de huisarts J.S. Algera, die zich bij het fonds als medewerker had aangemeld.⁴³ De apotheekhoudende huisartsen Braun te Achterveld en Felderhof in Bunschoten sloten zich in juli 1934 met hun patiënten bij Amersfoort aan.

Het werkgebied werd fors uitgebreid met de overname van het oude doctors- en apothecarfonds Vereniging De Eendracht uit Harderwijk.⁴⁴ De artsen en de apothekers van dit fonds zochten in december 1931 contact met Eggink en Herman. De Harderwijkers wilden dat Amersfoort hun administratie zou overnemen, terwijl de leden als aparte groep met hun oude rechten zouden worden behandeld. In 1948 werd De Eendracht volledig met Amersfoort geïntegreerd.

De voorlopig laatste stap in het proces van regiovorming was de toevoeging van Soest, Soestdijk en Soesterberg in 1936.⁴⁵ De Soester huisartsen hadden in 1932 al met het Amersfoortse bestuur overlegd, maar zonder tot overeenstemming te komen, maar zij vonden de honoraria toen te laag.⁴⁶

In 1936 veranderde hun houding onder druk van het gemeentebestuur van Soest. Dit bestuur wilde de huisartsen dwingen tot de invoering van een crisisregeling. De Soester werklozen bedankten steeds meer voor het lidmaatschap van de plaatselijke doktersfondsen en deden daarna een beroep op de plaatselijke geneeskundige armenzorg, terwijl de artsen zelf weigerden de werklozen tegemoet te komen. Burgemeester en Wethouders van Soest verzochten in 1936 met enige aandrang de artsen zich als loyale NMG-leden aan te sluiten bij het Amersfoortse Maatschappijfonds, omdat dit wel in een crisisregeling voorzag.⁴⁷ Deze druk had succes. De artsen stemden in met de voorwaarden voor samenwerking met Amersfoort en de Soester werklozen kregen in 1937 hun reductie op de

ziekenfondspremie. De artsenfondsen bleven vijf jaar bestaan en werden in 1943 volledig opgenomen in het Maatschappijziekenfonds.

De weekpremie voor de verzekerden uit de stad en de buitengemeenten was hetzelfde, 60 cent per gezin of 30 cent per persoon van 16 jaar of ouder.⁴⁸ De welstandsgrenzen waren wel verschillend. Deze werd voor de Amersfoortse kostwinners op f 2.500 gesteld en voor alleenstaanden op f 1.500. Voor de buitengemeenten waren deze bedragen f 1.500 en f 1.200. De sociale verschillen tussen Amersfoort en de buitengemeenten waren groot en hadden voor het ziekenfonds tot gevolg dat de exploitatie van de afdelingen buiten Amersfoort vaak verliesgevend was.⁴⁹ De premieopbrengsten waren altijd lager dan de kosten van de verstrekkingen.

Deze verschillen werden nog vergroot doordat het ziekenfonds met de gemeentebesturen van Amersfoort en Soest voor de werkloze leden een overeenkomst voor een crisisregeling voor premiereductie wist te treffen, maar met de andere gemeentebesturen niet.⁵⁰ Van de Bunt drong in november 1933 bij het Amersfoortse gemeentebestuur aan op gemeentelijke bijdrage voor een toeslagregeling voor de werkloze verzekerden, opdat deze geen beroep hoefden te doen op de gemeentelijke armenzorg.⁵¹ Burgemeester en Wethouders hadden daar wel oren naar. Zij konden dan de steunnormen voor werklozen te verlagen en de druk op de gemeentekas verlichten.⁵² De gemeente was echter niet zo snel met beslissen en het fondsbestuur besloot in februari 1934 aan werkloze leden 50% premiekorting te geven. Dit leverde wel inkomstenverlies op, maar het aantal leden groeide met 7%.⁵³ De artsen, apothekers en tandartsen droegen vrijwillig bij aan deze crisisregeling. De gemeente stemde pas op 1 april 1935 om deze regeling met 50% te steunen tot een maximum van f 2.500.⁵⁴

Het bestuur kon het in oktober 1936 niet meer verkroppen dat de werkloze verzekerden buiten Amersfoort en Soest de volle premie moesten betalen en daarom voor het fonds moesten bedanken. Het was toch één Maatschappijfonds Amersfoort en Omstreken voor alle verzekerden en medewerkers? Daartoe moesten echter ook de verliezen op de exploitatie van de buitengemeenten worden weggewerkt. De medewerkers uit de buitengemeenten waren daarom in november 1936 bereid uit solidariteit hun honoraria te verlagen en ook nog 5% af te staan om de crisisregeling tot buiten Amersfoort en Soest uit te breiden.⁵⁵ De crisisregelingen bleven tot 1941 gehandhaafd.

De samenwerking tussen medewerkers, bestuur en gemeente bij de crisisregeling had succes. Van januari 1936 tot januari 1941 steeg het ledental van 16.773 tot 22.252 in Amersfoort en van 2.560 tot 7.775 in de buitengemeenten.⁵⁶ Per jaar werd per ziel gemiddeld f 0,26 aan reductie uitgekeerd.

De uitbreiding van het werkgebied betekende voor de buitengemeenten een grote verbetering van de plaatselijke gezondheidszorg. De verzekerden kregen recht op dezelfde verstrekkingen als in de stad. De invoering van de volledige specialistische hulp betekende voor de bevolking van de omringende dorpjes een zegen.⁵⁷ Langzamerhand meldden de inwoners van de als behoudend bekend staande dorpjes Spakenburg, Bunschoten en Hoevelaken zich steeds vaker als patiënten bij de Amersfoortse specialisten. Zij kwamen zelfs naar de tandheelkundige polikliniek van het ziekenfonds.

De vorming van het werkgebied was te danken aan de samenwerking van de NMG-artsen in de regio. Eggink, de Maatschappijfondsman, was de grote motor achter de oprichting van nieuwe afdelingen en de samenvoeging van plaatselijke doktersfondsen tot het regionaal werkende Maatschappijfonds Amersfoort en Omstreken.

Dit gebeurde niet altijd even soepel. De artsen in Harderwijk en Soest gaven hun ziekenfondsen niet zonder meer uit handen, maar probeerden te onderhandelen over afwijkende honoraria en premies. Hier stemden Eggink en Van de Bunt nooit mee in. Zij waren wel bereid als compromis sommige fondsen als afzonderlijke lichamen binnen het grotere fonds op te nemen, maar zorgden er wel voor dat de verzekerden van deze fondsen het recht kregen op dezelfde gezondheidszorg als de andere leden van het Amersfoortse fonds. Dit was een belangrijke stap naar de unificatie van de gezondheidszorg in de regio Eemland volgens de ideologie van de Maatschappijfondsen: recht doen aan de belangen van verzekerden en medewerkers en de regeling van een goede gezondheidszorg.

Het Maatschappijfonds Amersfoort en Omstreken

De relatie tussen het Maatschappijfonds en de NMG zelf was lauw. Eggink was in het bestuur de grote motor achter de Maatschappijfondsideologie, totdat hij in 1932 het fonds verliet.⁵⁸ Hij verruilde zijn medewerkerschap van het ziekenfonds voor het secretaris-penningmeesterschap van de Huisartsen Commissie van de NMG. Het NMG-Hoofdbestuur bemoeide zich verschillende malen met Amersfoort zoals in 1936, toen Van de Bunt en Van den Helm zich inzetten voor een Federatie van Maatschappijfondsen. Deze bemoeienis had geen gevolgen voor het fonds, maar beperkte zich tot een conflict tussen Eggink, Van de Bunt, Van den Helm en het Hoofdbestuur.

Een ander conflict ging over de verhuizing van het fonds van het pand Zuidsingel 48 naar nieuwbouw aan de Hellestraat 49 in 1935. Het HB en Eggink vonden deze nieuwbouwplannen veel te riant. Het fondsbestuur wilde na jaren tobben aan de Zuidsingel eindelijk een fatsoenlijke huisvesting voor administratie, de tandheelkundige polikliniek en een goede vergaderruimte. Het fonds kon deze plannen zelf financieren en bouwde aan de Hellestraat een compleet nieuw pand, ondanks het gesputter van de Maatschappij.

De accountantsdienst van de Huisartsen Commissie van de NMG controleerde vanaf 1934 ieder kwartaal de boeken en bescheiden van het fonds.⁵⁹ De accountant had nooit commentaar. F.J. Herman was een bekwaam administrateur, beschikte over goed personeel en begon al in 1937 met de mechanisering van de administratie met behulp van een elektrische ADREMA-machine.⁶⁰ Deze installatie, de voorloper van de boekhoudmachine, werd gebruikt voor het aanmaken van kwitanties, die de bodes wekelijks aan de verzekerden aanboden als vervanging van de oude gestempelde contributiekaarten. Het apparaat kon periodiek incassolijsten afdrukken, waardoor de achterstand in de premies kon worden berekend. Het ledenregister kon worden afgeschaft en de ledenadministratie werd met stamkaarten gevoerd.

Amersfoort en Omstreken was voor zijn tijd en grootte een vooruitstrevend fonds. De verhoudingen in het bestuur waren met de oude zetelverdeling 1/3 apothekers, 1/3 verzekerden, 1/3 artsen wel wat ouderwets, maar dit belemmerde de werking van het fonds niet. Er was een Ledenraad, die eens per jaar vergaderde. In 1939 werd in deze Ledenraad gesproken over de invoering van pariteit, maar het bestuur wilde daar niet op ingaan. De apothekers zouden hun zetels moeten opgeven als het aandeel van de verzekerden zou worden vergroot.⁶¹ De landelijke discussie over pariteit ging aan de Amersfoortse poorten voorbij.

Het fonds had in het werkgebied met maar een ander fonds rekening te houden. Het directiefonds Rotterdamsch Ziekenfonds had een afdeling Bunschoten-Spakenburg, maar dit fonds was geen concurrent.⁶² De verzuiling speelde voor de ziekenfondsverzekering in de regio geen rol. Daardoor beschikten de verzekerden in de stad Amersfoort en op het platteland over een uniform en gegarandeerd verstrekkingenpakket tegen een constante premie. Dit pakket werd steeds verder uitgebreid met diathermie, heilgymnastiek, hoogtezon, röntgenfoto's, meer specialismen en bestralingsbehandelingen. Het fonds had als Maatschappijfonds een pakket, dat zeker zo uitgebreid was als dat van een onderling beheerd fonds. Na 1937 konden alle verzekerden in Amersfoort en de buitengemeenten bij werkloosheid een beroep doen op premiereductie, waarin het fonds door de steun van de medewerkers grotendeels zelf in voorzag. Het fonds verzekerde zelf geen ziekenhuisverpleging. Alleen de Amersfoorters konden zich daarvoor aansluiten bij de Stichting Ziekenhuisverpleging, die informeel nauw met het fonds verbonden was.

De honoraria van de medewerkers verschilden voor de stad en de buitengemeenten en bleken hoog genoeg om van 1930 tot 1939 onveranderd te blijven.⁶³ Het fonds bleef financieel gezond, ondanks tekorten op de exploitatie van de tandheelkundige polikliniek en van de buitengemeenten. De exploitatie van de verzekering in de stad Amersfoort was winstgevend genoeg om deze verliezen te dekken.

Het succes van het fonds was te danken aan drie factoren: de krachtadigheid van het bestuur, de eendracht bij de medewerkers en het gebrek aan concurrentie van onderling beheerde fondsen. Het bestuur bestond uit mensen als Eggink, Van de Bunt, Prins en Van den Helm, die zich krachtig inzetten voor de gedachte achter de Maatschappijfondsen en daarmee de ideologie van de NMG-besluiten uit 1912 en 1913 succesvol uitdroegen. Wat dat betreft stond Amersfoort model.

Totale kosten in guldens van het verstrekkingenpakket, de zielenstanden op 31 december en de kosten per ziel van Amersfoort en Omstreken, 1932-1940.⁶⁴

Diversen: inclusief brillen, breukbanden, pessaria, röntgenfoto's, bestralingsbehandelingen en operatiekosten.

Tandheelkunde: inclusief honoraria, kliniek- en tandtechnische kosten.

Zielen: in aantallen van Amersfoort en de buitengemeenten gezamenlijk.

Verloskunde: honoraria voor huisartsen en vroedvrouwen.

Kosten/ziel: bedragen in guldens en centen.

	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	
Huisartsen	46.036	49.361	53.187	56.843	60.731	83.808 ⁶⁵	92.484	9
Apothekers	23.669	25.370	27.342	29.248	31.226	34.533	38.621	4
Specialisten	16.418	17.598	18.966	20.287	21.659	28.475	28.764	3
Paramedisch	482	349	445	371	987 ⁶⁶	486	354	
Verloskunde	4.047	4.759	4.303	5.139	4.925	6.604	7.950	
Tandheelkunde	8.508	8.855	9.921	8.374	5.453 ⁶⁷	6.301	6.991	
Geneesmiddelen	10.140	9.686	12.891	13.471 ⁶⁸	14.148	15.374	16.617	1
Diversen	3.701	6.408	7.321	8.870 ⁶⁹	9.122	10.314	11.695	1
Kosten	113.001	122.386	134.376	142.603	148.251	185.895	203.476	22
Zielen	13.613	14.644	15.677	16.733	21.394 ⁷⁰	23.533	25.661	2
Kosten/ziel	8,30	8,35	8,57	8,52	6,93	7,90	7,93	

2.9 Artsen en ziekenfondsen buiten Utrecht; over medewerkersfondsen, Maatschappijfondsen en diocesane fondsen

Het Zeister Ziekenfonds was tot 1931 het grootste fonds in de regio buiten de stad Utrecht. Doktersfondsen en kleine onderling beheerde fondsen voorzagen op het platteland en in plaatsen als De Bilt en Bilthoven op beperkte schaal in de ziekenfondsverzekering. De belangrijkste initiatieven tot de ontwikkeling en de verbetering van het ziekenfondswezen zouden in 1931 en 1932 worden ondernomen door het bisdom Utrecht en de NMG-artsen met de oprichting van het Diocesaan Centraal Ziekenfonds en het Maatschappijfonds de Omstreken van Utrecht. Deze fondsen vormden met het Zeister Ziekenfonds één werkgebied.

Modernisering bij het Zeister Ziekenfonds, 1917-1919

Het Zeister Ziekenfonds was tot 1917 een medewerkersfonds. Het bestuur bestond in 1910 nog steeds uitsluitend uit artsen en apothekers. De verzekerden hadden geen vertegenwoordiging.

De Zeister huisarts Tjeenk Willink was in 1916 voorzitter van onderafdeling ter Behartiging van het Ziekenfondswezen van de Utrechtse NMG-afdeling.⁷¹ Hij was fervent aanhanger van de vrije artsenkeuze en trachtte de bindende besluiten van 1912 en 1913 in Utrecht en Zeist doorgevoerd te krijgen. In Zeist probeerde hij daarom het bestuur en het beheer van het Ziekenfonds voor den Arbeidenden Stand te moderniseren. Tijdens de bestuursvergadering van 20 november 1917 wist hij zonder moeite voorstellen tot reorganisatie van het bestuur en het reglement doorgevoerd te krijgen.⁷²

In overeenstemming met de NMG-richtlijnen kregen de verzekerden een evenredige vertegenwoordiging in het bestuur. Het bestuur bestond in het vervolg uit zes leden: twee artsen, twee apothekers en twee verzekerden. Zij benoemden een administrateur-boekhouder en een bode. Ieder jaar diende er in maart een Algemene Vergadering te worden gehouden van verzekerden en medewerkers, de aan het fonds verbonden artsen en apothekers, waar het verslag van het voorgaande jaar diende te worden goedgekeurd, belangrijke besluiten werden genomen en het bestuur werd benoemd. Het bestuur vergaderde op het Zeister gemeentehuis. De naam van het fonds werd veranderd in Zeister Ziekenfonds. De eerste verzekerdenvertegenwoordigers waren de administrateur Van Zanten en H. van der Goes.

Het verstrekkingenpakket voor de verzekerden werd flink uitgebreid. Voor 1918 kon men alleen aanspraak maken op medicijnen en raadpleging van een arts. Vanaf 1918 werden ook in beperkte mate verloskundige, tandheelkundige en poliklinische specialistische hulp vergoed. Dit laatste gebeurde door middel van de vergoeding van het maandkaartentarief. Breukbanden, brillen en pessaria werden eenmalig toegekend. De contributie werd bepaald op 32 cent per week voor een echtpaar en op 24 cent voor een weduwnaar of weduwe of voor mensen boven de 60 jaar, die zich nieuw lieten inschrijven. De welstandsgrens werd in overeenstemming met de landelijke normen voor gezinnen op f 1.200 en voor alleenstaanden op f 800 vastgesteld.

De apothekers kregen een abonnementshonorarium van f 1,65 per ingeschreven lid per jaar en 2,5 cent voor iedere aflevering. Het huisartsenhonorarium werd bepaald op f 2,75 per lid.

Op 30 januari 1919 werd uitgebreid over de specialistische hulp gediscussieerd.⁷³ De huisarts Lorey, de voorzitter van het fonds, stelde voor het verstrekken van maandkaarten voor poliklinische behandeling uit te breiden met niet-poliklinische hulp voor bijzondere gevallen. Dit was tegen het zere huisartsenbeen van Tjeenk Willink. Deze was ten stelligste van mening dat specialistische behandeling in veel gevallen *een luxe behandeling was, welke of toch niet baat of even goed door de huisarts kan worden verricht*.⁷⁴ Het uitgangspunt bij de ziekenfondsverzekering was de verschaffing van eenvoudige hulp en de specialistische hulp hoorde daar niet bij. Luxebehandelingen kostten te veel geld en het fonds liep het risico dat huisartsen een of andere afwijkende behandeling als een hoogtezonde behandeling als specialistische verrichting zouden gaan zien en daarvoor een apart tarief gingen berekenen.

Ook het verzekerdenbestuurslid Van Zanten, tevens administrateur van het fonds, verklaarde zich tegen, maar meer uit financiële overwegingen. De contributies waren door de reglementsherziening pas verhoogd, maar de apothekers zouden in verband met de hogere grondstoffenprijzen wel hogere honoraria willen en dan zouden de premies opnieuw moeten stijgen. Op den duur zouden de exploitatiekosten van de apothekers wel weer dalen en hij wilde die zaak slepende houden. De premies konden dan gelijk blijven, maar dan moest er niet worden gesproken over een kostbare uitbreiding van het verstrekkingenpakket.

Lorey stelde als compromis voor de specialistische behandeling voor dat ieder geval apart door het bestuur zou worden besproken als B.G., buitengewoon geval. Dit werd door Van Zanten en Tjeenk

Willink geaccepteerd. Over een contract met de specialisten werd niet gesproken.⁷⁵ De discussie over de invoering van specialistische hulp zou bij het Zeister Ziekenfonds nog lang duren: de huisartsen, met uitzondering van De Lorey, beschouwden de specialisten als concurrenten en de financiën van het fonds lieten het niet toe.

Het Zeister Ziekenfonds als Algemeen Afdelingsfonds?

Tjeenk Willink probeerde in 1919 als plaatselijke NMG-ideoloog zijn medebestuurders te overtuigen van de voordelen van aansluiting bij een op te richten Algemeen Afdelingsziekenfonds Utrecht en Omstreken. Hij nodigde Cohen van de CO en de apotheker Van Itallie van het Centraal Bureau van de NMP in maart 1920 uit voor een propagandalezing.⁷⁶ Cohen hield daarbij een gloedvol betoog over de macht van een groot fonds met tienduizenden leden in de regio Utrecht in plaats van de versnippering in tientallen kleine fondsjes, die niets te vertellen hadden. Grote NMG-fondsen konden worden beheerd door een centrale administratie, waardoor de administratie- en beheerskosten van de ziekenfondsen lager zouden kunnen worden.

Van Zanten merkte hierbij nuchter op dat die centrale administratie nog nauwelijks bestond. Het Zeister fonds zou in geen geval afstand doen van het eigen beheer en de kosten zouden hetzelfde blijven. Bovendien zou men pondspondsgewijs in de kosten van het afdelingsfonds moeten bijdragen, waardoor de administratiekosten uiteindelijk hoger zouden worden in plaats van lager. Cohen kon hem niet overtuigen, temeer omdat de medici uit de stad Utrecht al eerder hadden getoond geen trek te hebben in een Maatschappijfonds Utrecht en omstreken. Daardoor zou het Zeister Ziekenfonds het grootste onderdeel van zo'n afdelingsfonds zijn en behalve zijn eigen administratie ook die van de andere kleinere plaatsen moeten gaan voeren. Van Zanten zag hierin geen voordeel. Hij kreeg dan de administratieve rompslomp van allerlei apotheekhoudende huisartsen, omdat in de omringende dorpen geen zelfstandige apotheken gevestigd waren.

Het bestuur van het Zeister Ziekenfonds zou dan worden opgeknapt met *de zaakjes van die plaatsen, die ons niet interesseeren, dus waarom ons die moeielijkheden op de hals halen?* Als de stad Utrecht meegedaan zou hebben, dan was volgens Van Zanten de basis voor een dergelijk fonds veel breder geweest. Voor afdelingsfondsen, bestaande uit een kleinere plaats met omliggende dorpen met apotheekhoudende huisartsen was geen bestaansmogelijkheid. De praktijkvoorbeelden waren er: in de afdelingsfondsen Zaanland, zonder Zaandam, Purmerend en Alkmaar werd steen en been geklaagd over alle problemen.

Van Zanten wees op de besluitvaardigheid bij het Zeister Ziekenfonds. Honorariumkwesies werden door het bestuur snel geregeld en zonder uitgebreide procedures als bij de Maatschappijfondsen, waar het raderwerk van de NMG uiterst langzaam liep en men maanden op een reactie kon wachten. Kortom: voor Zeist geen Maatschappijfonds. Cohen had geen weerwoord op de argumentatie van Van Zanten. De discussie over aansluiting bij de NMG was hiermee voorlopig van de baan, ondanks dat Tjeenk Willink nog in 1929 medestanders probeerde te vinden.⁷⁷

Honorarium en sociale rechtvaardigheid: de Zeister huisartsen in discussie met de verzekerden over hun verzekering

Het modale inkomen van de Zeister ziekenfondsverzekerde lag ver beneden de welstandsgrens van f 2.000 die als landelijk gemiddelde gold. De Zeister huisartsen waren voorstander van een zo hoog mogelijke welstandsgrens om optimale inkomsten uit de ziekenfondspraktijk te krijgen, terwijl de verzekerden en hun vertegenwoordigers belang hadden bij zo laag mogelijke premies.

In maart 1920 werd gesproken over een verhoging van f 1.200 naar f 2.400 en voor alleenstaanden naar f 1.600.⁷⁸ Dokter Van Lidth de Jeude, sinds 1921 voorzitter, vond een dergelijke verhoging voor de inwoners van Zeist te gortig. De levensstandaard was landelijk gezien dan wel ongeveer 100% gestegen, maar dat gold niet voor Zeist. Het gemiddelde inkomen was in de plaats was f 18-f 25 per week en niet f 40 als bij de gemiddelde welstandsgrens. Zijn collega Grundmeijer en administrateur Van Zanten vonden f 2.400 wel redelijk. De artsen hadden heel wat moeite om hun geld binnen te krijgen van de mensen die vlak boven de welstandsgrens zaten en hun behandeling particulier moesten betalen. Het was veel beter deze mensen in het fonds te trekken, omdat de huisartsen dan tenminste nog een vast honorarium kregen.

De grens van f 2.400 werd twee jaar gehanteerd. In februari 1922 kreeg Van Lidth de Jeude in een bestuursvergadering toch zijn zin en werd op zijn aandrang f 2.000 de norm.⁷⁹ Het weekinkomen van de meeste gezinnen, die zich nieuw in Zeist vestigden en zich aanmeldten bij het ziekenfonds bleef tegen de verwachtingen in 1920 beneden de f 40. De artsen en apothekers wilden deze welstandsgrensverlaging compenseren door het verlagen van de leeftijds grens voor het betalen van

contributie van 16 naar 15 jaar. Als argument werd hiervoor aangevoerd dat de meeste kinderen zelf al inkomsten hadden.

De verzekerdenvertegenwoordigers in het bestuur waren het daar niet mee eens. Er was in heel Nederland geen enkel fonds te vinden waar de leeftijdsgrens beneden de 15 jaar lag. Omdat dit voorstel het niet haalde, kwam iemand op het idee om dan maar een kinderpremie te heffen: *de kinderen geven het meeste last en het is dan eigenlijk niet meer dan billijk dat er ook voor betaald wordt*. Dit compromis vond in de ogen van de artsen, de apothekers en de verzekerdenvertegenwoordigers wel genade. Voor het eerste kind werd de premie gesteld op 20 cent per week, het tweede en derde kind kostten 10 cent.

De verzekerden waren het daar op hun beurt niet mee eens en protesteerden op een Buitengewone Algemene Vergadering op 27 april 1922.⁸⁰ De afgevaardigde Van Dieten keerde zich tegen premieverhoging. In deze tijd werden in Nederland de lonen verlaagd en hadden de fondsverzekerden de grootste moeite om rond te komen. Hij had begrepen dat de verhoging eigenlijk bedoeld was om de honoraria der artsen en apothekers te verhogen. Van Lidth de Jeude sprak dit tegen. Volgens hem kwamen de artsen en apothekers in Zeist bij alle prijs- en inkomensverhogingen achteraan en visten soms zelfs geheel achter het net. Hij stelde dat het particuliere tarief voor consulten f 1,50 bedroeg en dat het ziekenfonds slechts 25 cent betaalde.

Er ontstond nu een voor het Zeister Ziekenfonds zeer ongebruikelijke principiële discussie over het spanningsveld tussen de belangen van de verzekerden en de medewerkers. Het fonds was immers ooit opgericht door doktoren en apothekers als filantropische instelling om de *kleine burgerij, die niet zelf hunne geneeskundige hulp konden behartigen het gevoel te geven, dat ze dit cooperatief wel deden*. Volgens Van Lidth de Jeude was de filantropie nu ten koste van de artsen en apothekers te ver door gedreven.

Van Dieten bestreed dit: de verzekerden moesten niet meer worden belast dan nodig was. Om de economische crisis in Nederland te bezweren dienden de lonen, ook die der doktoren en apothekers, laag gehouden te worden. De verzekerdenvertegenwoordiger Van Dijk had inlichtingen ingewonnen in andere plaatsen met ziekenfondsen van dezelfde grootte als Zeist. Het Zeister Ziekenfonds hief ongeveer dezelfde premie als andere fondsen, maar deze boden veel meer verstrekkingen als gedeeltelijke vergoeding van operatie- en ziekenhuisverplegingskosten. Uitbreiding van het pakket of verhoging van de honorering der medewerkers zat er met de bestaande premiehoogte evenwel niet in, maar zou dwingen tot aanspreken van de reserves van het fonds.

Uiteindelijk werd besloten om de honorering niet te verhogen, maar om voor een keer een deel van de reserves onder de medewerkers te verdelen. De huisartsen en de apothekers kregen geen structurele honorariumverhoging, maar deze eenmalige uitkering stemde hen voorlopig tevreden. Om de verzekerden tegemoet te komen werd het verstrekkingenpakket uitgebreid met uitbreiding van de vergoedingen voor tandheelkundige hulp en hulpmiddelen als breukbanden, steunkousen en pessaria.

Kostenbeheersing en het geneesmiddelenbesluit

De financiën van het fonds bleven tot 1930 onveranderlijk gezond. In dat jaar moesten voor het eerst de reserves worden aangesproken. Volgens Van Dijk werd dit niet veroorzaakt door de hoogte van de premies, maar door de hoge honoraria van de huisartsen en de apothekers.⁸¹ Hij stelde in november 1930 dat de honoraria de afgelopen jaren te veel omhoog waren gedreven en nu weer omlaag moesten om een en ander in het reine te krijgen. Van Dijk wist te vertellen dat andere fondsen in de regio hetzelfde pakket boden als het Zeister Ziekenfonds, maar tegen een lagere premie.⁸²

Van Lidth de Jeude vond dat de financiële problemen niet konden worden opgelost door het korten van de inkomsten van de medewerkers, maar meer op een wijze die succesvol in de Zaanstreek werd toegepast.⁸³ Daar had men het voorschrijfgedrag der medici aan banden gelegd door een Geneesmiddelenbesluit. Per jaar mocht elke medicus per ingeschreven lid voor een bepaald bedrag voorschrijven. Wat hij boven dit bedrag voorschreef werd op zijn honorarium gekort. Deze methode kon ook worden uitgebreid tot tandheelkundige hulp en kunst- en hulpmiddelen. Het Geneesmiddelenbesluit was in Zaandam een belangrijke manier van bezuinigen gebleken: slechts 5% van de voorschriften kwam boven deze norm uit.

Het bestuur was over dit voorstel enthousiast. Na enig gereken kwam men tot de conclusie dat in 1930 per verzekerde 84 cent aan medicijnen werd voorgeschreven, een bedrag dat als norm in een Zeister besluit zeker kon worden aangehouden. Dit betekende niet direct een grote bezuiniging, maar hierdoor kon wel het voorschrijfgedrag der artsen in toom gehouden worden. Als er een te veel voorschreef, dan merkte hij dit in zijn portemonnee.

Op 2 december 1930 werd het Geneesmiddelenbesluit van het Zeister Ziekenfonds aangenomen. De belangrijkste bepaling naast dit normbedrag van 84 cent was het voorschrift voor de apothekers dat zij van iedere huisarts een boekhouding van voorgeschreven geneesmiddelen dienden bij te houden. Kunst- en hulpmiddelen vielen buiten het Geneesmiddelenbesluit. Het Besluit leidde inderdaad tot besparingen: de Zeister artsen werden terughoudender met hun recepten. Het succes van deze methode was vooral te danken aan de gezamenlijke medewerking van de artsen en de apothekers.

Het Zeister Ziekenfonds na 1931: personeelwisselingen en steunregelingen

Het Zeister Ziekenfonds bood in 1931 verloskundige zorg, huisartsenhulp en beperkte specialistische hulp en verstreekte geneesmiddelen, brillen en kunst- en hulpmiddelen aan 6.020 zielen met 4.220 betalende verzekerden.⁸⁴ De Zeistenaren konden zich bij voor ziekenhuisverpleging bij een afzonderlijk ziekenhuisverplegingsfonds verzekeren. Dit fonds had geen relatie met het ziekenfonds.

In 1931 kreeg het fonds een nieuwe bode. De oude bode Klomp had in 1931 42 jaar zonder klachten trouwe dienst verricht als steunpilaar en factotum voor de Zeister bevolking en haar ziekenfonds. Het bestuur realiseerde zich dat Klomp niet het eeuwig leven zou hebben en eigenlijk wel recht had op pensioen.⁸⁵ Tjeenk Willink dacht dat de aanstelling van een jongere bode ook een aanzienlijke besparing zou betekenen op het bodesalaris. Klomp kreeg 1,5 cent per week per verzekerde en bij de toenmalige fondsgrootte genoten de oude bode en zijn vrouw, die nog steeds gratis meeliep een voor Zeister begrippen een riant weekinkomen, f 63,30. Van deze 1,5 cent kon zowel Klomps pensioen als het honorarium van een nieuwe bode worden gefinancierd.

Aldus geschiedde. Klomp kreeg f 18,50 pensioen per week voor zijn trouwe dienst. Het bestuur zette in het plaatselijke blad de Koerier van 25 september een advertentie voor de vacature van bode, die *in zeer vele harten insloeg en in vele gezinnen beroering bracht!*⁸⁶ Er reageerden 291 sollicitanten, het was immers crisistijd. A. Balledux werd de nieuwe bode en Klomp werd op 1 januari 1932 bedankt.

De opvolging van Klomp had onverwachte gevolgen. De werkloosheid en armoede als gevolg van de crisis waren in Zeist bijzonder groot. Klomp had de mensen vaak geholpen door hun contributie voor te schieten, terwijl hij bij zijn wekelijkse afrekening de administrateur volledig betaalde.⁸⁷ Balledux deed dit niet en veel mensen kregen betalingsachterstand. Het bestuur probeerde door betalingsregelingen de grootste nood te lenigen en reserveerde voor 1932 en 1933 f 800.

Ondanks de werkloosheid bleef het ziekenfonds groeien, in 1933 van 6.614 naar 6.976 leden.⁸⁸ De crisis werd juist als de oorzaak voor deze bloei gezien, want gezinnen gaven zich op, die het anders nimmer zouden hebben gedaan. De financiële basis van het fonds werd daarmee breder en crisisgevallen konden daardoor beter worden opgevangen. Toch vond het gemeentebestuur dat het ziekenfonds nog onvoldoende voor de werkloze verzekerden deed en drong aan op samenwerking. De gemeente was bereid de ziekenfondscontributie voor werklozen voor 1/3 te subsidiëren, mits het fonds en de mensen zelf ook ieder 1/3 betaalden.⁸⁹

Van Lidth de Jeude, voorzitter van het bestuur van het Zeister Ziekenfonds, had geen trek in deze regeling. Daardoor zou ieder lid dat in de steun liep onder deze regeling vallen, terwijl tot dan toe alleen hulp werd verleend aan mensen die er om vroegen. Het voorstel van de gemeente zou f 1.000 per jaar extra kosten en de reserves aantasten, mogelijk ten koste van de medewerkershonoraria.⁹⁰ Toch wilde Van Lidth de Jeude problemen met het gemeentebestuur voorkomen en stemde met de voorgestelde crisisregeling in. Het fondsbestuur moest wel, want in 1934 kwamen steeds meer gezinnen in de problemen en de huisartsen voorzagen dat het fonds in de financiële problemen kwam en daarmee hun honorarium. In het jaarverslag over 1935 werd gesteld dat de regeling naar genoegen functioneerde. De financiële schade voor het fonds werd gecompenseerd door de ledenaanwas van 7.613 naar 8.307, het dubbele van de bevolkingsaanwas van Zeist.⁹¹ De Zeister crisisregeling voorzag in de behoefte, maar kwam net als in andere plaatsen pas laat tot stand.

Concurrentie voor het Zeister Ziekenfonds: de Omstreken van Utrecht en het Centraal Ziekenfonds

Het werkgebied van het Zeister Ziekenfonds bleef voor en na 1930 beperkt tot de gemeente Zeist. De artsen en verzekerden uit het bestuur hadden getoond geen behoefte te hebben zich aan te sluiten bij de NMG en hun fonds uit te breiden tot het omringende gebied. Dit was een gemiste kans, want zij kregen na 1930 te maken met de concurrentie van regionaal werkende fondsen: het katholieke Centraal Ziekenfonds en het Maatschappijfonds de Omstreken van Utrecht.

Het RKWV, de katholieke vakbondsorganisatie, probeerde in 1930 de positie van het katholieke ziekenfondswezen te versterken door de leden bij de invoering van de nieuwe Ziektewet te binden aan eigen ziekenfondsen. Een van de middelen, die de vakbond en de ziekenfondsen gebruikten, was de oprichting van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen, de katholieke ziekenfondskoepel. Een tweede

middel was de stichting van Centrale Diocesane Ziekenfondsen. Alle katholieke arbeiders, die nog geen lid waren van een eigen fonds, zouden zich bij deze fondsen moeten aansluiten.

De Bond van R.K. Werkliedenverenigingen in het Aartsbisdom besloot in samenwerking met het Utrechtse Liduina op 18 april 1931 tot de oprichting van het Diocesaan Centraal Ziekenfonds.⁹² Het Centraal Ziekenfonds werd een onderling beheerd arbeidersfonds, waarmee de katholieke arbeiders uit het Aartsbisdom op eigen kracht op katholieke basis hun gezondheidszorg moesten financieren. Het bestuur van het fonds bestond in 1931 uit de Liduina-coryfeeën J. van de Wurf, H. Brouwer en E. van de Zande. De administratie werd in handen gegeven van Liduina. In 1932 waren afdelingen opgericht in Houten-Schalkwijk, Breukelen, Vinkeveen, Mijdrecht, Wilnis en Wijk bij Duurstede.

Het fondsbestuur had grote problemen met het vinden van medewerkers.⁹³ Plaatselijke NMG-artsen wilden zich wel als medewerker door het fonds laten contracteren, maar kregen daarvoor van hun afdelingen geen toestemming. De Maatschappijrichtlijnen schreven voor dat de leden hun medewerking aan een onderling beheerd fonds alleen mochten verlenen als de helft van de plaatselijke artsen plus één daartoe bereid was. De meeste artsen verbonden zich echter liever aan de Maatschappijfondsen die in deze tijd tot bloei kwamen.

Het Centraal Ziekenfonds werd door de tegenwerking van de NMG geen succes en kreeg maar weinig leden. Bij de aanvraag tot erkenning in het kader van het Ziekenfondsenbesluit in 1941 waren 4.147 zielen lid, na de invoering van het Besluit groeide dit tot 15.295.⁹⁴ Het werkgebied werd in 1941 uitgebreid tot Oosterbeek, Arnhem, Lichtenvoorde, Barger Oosterveld, Emmen en Deventer en Raalte omdat de daar bestaande katholieke fondsen volgens het Ziekenfondsenbesluit geen erkenning zouden krijgen. Deze fondsen gingen in het Centraal Ziekenfonds op.

De samenstelling van het verstrekkingenpakket wisselde van plaats tot plaats en hing af van de overeenkomsten, die het Centraal Ziekenfonds met de lokale hulpverleners wist te sluiten. Het fonds bood naast huisartsenhulp en geneesmiddelen poliklinische specialistische hulp, tandheelkundige zorg, een uitkering voor verloskundige hulp, brillen en een uitkering voor kunst- en hulpmiddelen tegen een weekpremie van 44 cent per gezin.⁹⁵

De Bond van R.K.-Ziekenfondsen drong in 1941 bij de besturen van het Centraal Ziekenfonds en Liduina aan op fusie.⁹⁶ Concentratie en centralisatie zouden de positie van het katholieke ziekenfondswezen in het Aartsbisdom versterken tegen de gelijkschakeling volgens het Ziekenfondsenbesluit. Het duurde echter tot 1945 voor de fusieknoop werd doorgehakt. Op 1 januari 1946 werden de beide fondsen samengevoegd tot het Algemeen Ziekenfonds St.-Liduina der Katholieke Arbeidersbeweging in het Aartsbisdom, kortweg: Liduina. En Liduina zou het blijven tot de fusie van het RZMN in 1981.

De afdeling Utrecht en de regio: de Omstreken van Utrecht

Het Zeister Ziekenfonds had na 1930 minder te duchten van het katholieke Centraal Ziekenfonds dan van de versterking van het Maatschappijfondswezen in de Utrechtse provincie.

De fondsen buiten de stad Utrecht waren in 1929 voornamelijk doktersfondsen. In De Bilt zorgde dokter Mayer voor de verzekering van zijn praktijkbezoekers. Sommige artsen werkten samen. Dokter Breveé uit Bunnik regelde de zaken voor zijn fonds met collega Van Dop uit Houten en zij hadden hun administratie voor het gemak ondergebracht bij VHZ, evenals de huisartsen uit IJsselstein en Schalkwijk dit voor hun fondsen hadden gedaan.⁹⁷ De administratiekosten werden over de praktijken omgeslagen en bleven daardoor laag. Bij verhuizing naar Utrecht werden de verzekerden bij VHZ ingeschreven.

Deze samenwerking tussen Utrecht en de buitengemeenten was logisch. De huisartsen troffen elkaar regelmatig op de vergaderingen van de afdeling Utrecht van de NMG en discussieerden daar over de wenselijkheid van een Maatschappijfonds voor het Utrechtse platteland.⁹⁸ Op 14 maart 1930 bespraken de huisartsen uit de regio hun situatie met hun Utrechtse collega's Van Lier en Van der Perk. Van Lier pleitte vurig voor eenheid onder de huisartsengeleerden. Volgens hem werd de verbrokkeling van doktersfondses door de afdeling eigenlijk uit de tijd gevonden en zelfs als gevaarlijk gevoeld. Zij voldeden met hun eenmansbesturen en gebrek aan reglementen niet aan de eisen van de NMG. Eenheid in de regio onder de paraplu van een groot Maatschappijfonds was net als voor het katholieke ziekenfondswezen noodzakelijk om de gevolgen van de Ziektewet in 1930 op te kunnen vangen. De kleine fondsen zouden niet aan de eisen van deze wet kunnen voldoen en hun plaats zou kunnen worden ingenomen door nieuwe fondsen van de Algemeene Raad ten behoeve van het ziekenfondswezen onder de vlag van de Landelijke Federatie en de vakbonden.⁹⁹ De angst voor de oprichting van deze fondsen zat er bij de artsen goed in en het Centraal Ziekenfonds betekende concurrentie voor de artsen, ook al beperkte dit fonds zich tot de katholieke markt.

Volgens Van Lier en Van der Perk zou het succes van zo'n actie afhangen van de bereidheid van VHZ om zich om te zetten in een NMG-fonds, maar dat was voorlopig helaas niet aan de orde.¹⁰⁰ Het bestuur van VHZ zou dan moeten worden aangepast door de toetreding van specialisten ten koste van de zetels van de apothekers en deze wilden hun macht niet opgeven. De artsen en apothekers, die het VHZ-bestuur vormden, beperkten het werkgebied van hun fonds liever tot de overzichtelijkheid van de stad Utrecht. De NMG-afdeling was daarom bereid een afzonderlijk Maatschappijfonds voor de buitengemeenten te steunen, onder voorwaarde dat alle leden mee zouden werken. De administratie zou ter vergroting van de eenheid en voor de besparing wel kunnen worden ondergebracht bij VHZ.

Van Lier vond voor zijn opvattingen een gewillig oor. De aanwezigen stemden unaniem in met de vorming van een nieuw fonds buiten de stad, dat voor bestuur en beheer aan alle eisen van de NMG zou voldoen. VHZ zou zorgen voor de administratie. Na anderhalf jaar voorbereiding werd op 1 april 1932 het Maatschappij-Ziekenfonds De Omstreken van Utrecht, de OvU, opgericht met als voorlopig werkgebied Maarssen, Harmelen, Vleuten, Driebergen-Rijsenburg en Woudenberg.¹⁰¹ Daarbij kwamen in 1933 nog Maarsseveen, een deel van Zuilen, Haarzuilens, De Meern, Oudenrijn, Doorn, Maarn, Jutphaas, IJsselstein, Bunnik, Houten, Cothen en Nederlangbroek.¹⁰² Alle doktersfondsen in deze plaatsen waren in de OvU opgegaan.¹⁰³ Woudenberg werd nog in 1933 overgedaan aan Amersfoort en Omstreken, want dit behoorde geografisch tot de Amersfoortse NMG-afdeling. Tot 1935 sloten ook nog de huisartsen uit De Bilt, Bilthoven, Maartensdijk, Groenekan, Lopik, Kockengen, Wijk bij Duurstede en Schalkwijk zich bij de OvU aan.¹⁰⁴ Het bestuur van het fonds maakte op 20 december 1932 met de Commissie van Toezicht op het Utrechtse Ziekenfondswezen afspraken over de grenzen tussen Utrecht en haar werkgebied.¹⁰⁵

Bij de vorming van het werkgebied concentreerde het fondsbestuur zich op de plaatsen, die geheel op Utrecht waren aangewezen en tot de NMG-afdeling Utrecht behoorden. Deze regiopolitiek had succes: binnen een jaar had de OvU 7.400 betalende verzekerden. De grootste kern was het aan Utrecht grenzende Maarssen, Maarsseveen en Zuilen met 2.514 leden. Het lukte de OvU helaas niet om Zeist aan zich te binden, dan had het werkgebied een afgeronde eenheid gevormd.

De vorming van het gebied was sneller gegaan dan in de regio van Amersfoort en Omstreken. De OvU was een schepping van de NMG-afdeling, waarvan de leden van de buitengemeenten zich op eigen initiatief bij het fonds aansloten. Het fonds Amersfoort en Omstreken had wel banden met de Amersfoortse afdeling, maar voerde een zelfstandig acquisitiebeleid door bestaande fondsen op te kopen of nam op uitnodiging van gemeentebesturen of van de artsen zelf doktersfondsen over.

De OvU had niet veel concurrentie. Het bestuur van het Zeister Ziekenfonds beperkte zich tot Zeist en het Centraal Ziekenfonds van het bisdom Utrecht beperkte zich tot het winnen van katholieke leden. Dit fonds werd op aandrang van de katholieke artsen door de Omstreken van Utrecht zelfs gesteund, onder meer door samenwerking in 1936 bij de verstrekking van Organon-insuline.

De OvU: verzekerden en huisartsen over welstandsgrenzen en premies

De OvU stelde zich als een onafhankelijk Maatschappijfonds los van VHZ op, ook al werd de administratie door VHZ gevoerd. Het nam het modelreglement van de NMG aan als statutaire basis. Het bestuur bestond uit zeven leden, drie huisartsen, drie verzekerden en een apotheker.¹⁰⁶ De Vleutense huisarts G.J. van Westendorp werd voorzitter. Hij werd in 1939 opgevolgd door dokter F.A. van Dop. Eens per jaar werd een Algemene Vergadering gehouden voor de verzekerden en de medewerkers. De verzekerden werden, behalve door de leden in het bestuur, ook vertegenwoordigd door een Verzekerdenraad van 20 leden. Voor de verzekerden werd in iedere plaats in maart een vergadering georganiseerd om de klachten en opmerkingen te inventariseren.

De welstandsgrenzen werden gesteld op f 1.200 voor alleenstaanden, f 1.500 voor gezinnen zonder en op f 2.000 voor gezinnen met kinderen, dezelfde als in Zeist.¹⁰⁷ Deze waren voor Utrecht f 1.800 voor alleenstaanden en f 2.500 voor gezinnen met kinderen. De premies waren voor alle gemeentes in het werkgebied gelijk: 28 cent per week voor personen, ouder dan 16 jaar, en 56 cent gezinnen met kinderen.

Verzekerden in Jutphaas en Maarssen vonden deze premies te hoog. Het tarief voor alleenstaanden was in Utrecht 25 cent, hetgeen de Maarssense verzekerde Baldu op 11 maart 1935 een doorn in het oog bleek. *Zoo de Doktoren in de Stad voor 25 cent kunnen werken het hier in Maarssen ook mogelijk is*, was zijn stelling.¹⁰⁸ Baldu dreigde met de oprichting van een eigen fonds, maar zijn plaatsgenoot De Vries waarschuwde hem daar niet veel van te verwachten: *Dat het onmogelijk is iets aangenomen te krijgen zoo de Medisie er teegen zijn*. De Jutphaase verzekerden vonden in 1935 alle contributies voor het platteland te duur. *De loonstandaard is van dien aard dat de vaste lasten niet meer te betalen zijn*. Als de artsen *het in Hoograven voor 25 cent kunnen doen dan kan dat in Jutfaas ook*, was op 12

maart 1935 de mening van de verzekerden Kamele en De Heus.¹⁰⁹ Hoograven behoorde tot het gebied van de Utrechtse ziekenfondsen.

Dit geklaag was niet terecht, want het OvU-bestuur probeerde de premies voor werkloze verzekerden betaalbaar te houden door het treffen van crisisregelingen.¹¹⁰ Dit deed het niet alleen om de werklozen voor het fonds te behouden, maar ook omdat de medische armenzorg op het platteland in haar ogen minder goed was dan de door haar eigen medewerkers verstrekte ziekenfondszorg.¹¹¹ Het bestuur sloot contracten voor subsidies voor premiereductie met de gemeentebesturen van Maarssen, Zuilen, Driebergen, Doorn en Cothen. Als het niet met een gemeentebestuur tot overeenstemming kon komen, dan financierde het fonds zelf deze korting door een bijdrage van de medewerkers van 5% uit hun honoraria. In 1935 liepen deze bijdragen op tot f 5.600, waardoor de honoraria feitelijk met 7% werden verlaagd.¹¹²

Het bestuur weigerde zo lang mogelijk de premies te verlagen, maar moest onder druk van de verzekerden en de medewerkers zijn mening herzien. De Verzekerdenraad waardeerde de crisisregelingen, maar bleef aandringen op premie-aanpassingen. De artsen uit Maarssen en Jutphaas waren bang dat het Utrechtse Ziekenzorg door premieconcurrentie zijn werkgebied ten koste van hun praktijk zou uitbreiden. Ziekenzorg werkte sinds 1934 met artsen in loondienstverband en sloot geen overeenkomsten met zelfstandig gevestigde medewerkers. Deze dreiging van Ziekenzorg overtuigde het bestuur van het nut van de aanpassingen.¹¹³ Gezinnen betaalden in het vervolg 52 cent, alleenstaanden boven de 18 jaar 26 cent, ongehuwden met kinderen 39 cent.¹¹⁴ De verlagingen konden worden betaald uit de overschotten van het fonds en uit een vrijwillige honorariumverlaging van de huisartsen van f 10,40 naar f 10.¹¹⁵ De verzekerden hadden hun zin gekregen.

Het verstrekkingenpakket bij de OvU tot 1937: de prijs voor tandheelkundige zorg

Het verstrekkingenpakket bestond bij de OvU tot 1937 uit huisartsenzorg, poliklinische specialistische hulp, vergoeding van verloskundige hulp tot f 12,50 per bevalling, genees- en verbandmiddelen, vergoedingen voor hoogtezoon, bestralingen en diathermie, vaccins voor difterie, kinkhoest en tetanus en insulineverschaffing.

De poliklinische zorg werd sinds de oprichting in 1931 verleend door specialisten uit de stad Utrecht tegen een honorarium voor de specialistenpot van de Utrechtsche Specialisten Vereeniging van 50 cent per betalende verzekerde per jaar. De ziekenhuisverpleging werd bij de OvU in 1935 geregeld. De verzekerden konden zich voor verpleging in de laagste klasse van de Utrechtse ziekenhuizen of het Zeister Ziekenhuis verzekeren in het ziekenhuisverplegingsfonds.¹¹⁶ Het fonds had twee tarieven: 6 cent voor opname gedurende 28 dagen per jaar en 9 cent voor recht op opname gedurende onbepaalde tijd en voor volledige verpleging.

Het verschaffen van tandheelkundige zorg was moeilijk. De NMT wilde graag met de OvU een contract afsluiten, maar vroeg tarieven die net als bij het Amersfoortse fonds te hoog waren naar de zin van het bestuur: f 1 per ziel per jaar zonder bijbetaling voor conserverende behandelingen, of f 0,25 per ziel met bijbetalingen van f 2 - f 5 per vulling.¹¹⁷ Het tweede probleem was het gebrek aan tandartsen. Er waren plaatsen in het werkgebied waar zich nog geen tandarts had gevestigd en het werd uit de tijd gevonden dat huisartsen zich nog bezig zouden moeten houden met het trekken van tanden en kiezen. Dat kon niet meer, zeker niet in de ogen van de verzekerden zelf.¹¹⁸ De Verzekerdenraad en het bestuur wilden een voor alle plaatsen uniforme regeling.

De enige oplossing leek door, als in Amersfoort, zelf te zorgen voor tandheelkundige poliklinieken en met tandartsen, die zonder ruggespraak met de NMT voor het fonds wilden werken een overeenkomst te sluiten.¹¹⁹ De tandartsen in Maarssen, Doorn en Driebergen hadden wel oren naar deze overeenkomst, waardoor de belangrijkste concentraties verzekerden in hun woonplaats naar de tandarts konden.¹²⁰ Voor de oprichting van een polikliniek voor de andere plaatsen had voorzitter Westendorp een pandje in Zuilen op het oog.

Dit was niet naar de zin van het Utrechtse VHZ-bestuur. VHZ beheerde in het kantoor aan de Catharijnesingel 65 en op de Amsterdamsche Straatweg 474a in het gebouw van het Groene Kruis zelf poliklinieken en een OvU-kliniek in Zuilen betekende concurrentie. Dit viel wel mee, want na overleg bleek dat de tandartsen van VHZ goedkoper werkten dan Westendorp dacht. Zij kregen f 5 per uur in plaats van f 10 volgens de NMT-normen. Door de grote praktijk van VHZ lag de kostprijs van vullingen en protheses lager dan de NMT-tarieven. Een vulling kostte ongeveer 30 cent en een prothese, inclusief verdoven en afdruk, f 30. De NMT vroeg f 60. Het was voor het OvU-bestuur dus rendabel om de verzekerden, die geen tandarts met een overeenkomst in de buurt hadden, naar de VHZ-klinieken te sturen. Op 9 oktober 1934 sloten A.A. Snooy als administrateur van VHZ en de OvU en Westendorp een overeenkomst.¹²¹

Deze overeenkomst was het sluitstuk van de regeling van de tandheelkundige zorg voor de verzekerden in de regio's Amersfoort en Utrecht. Alleen de leden van het Zeister Ziekenfonds waren daarvan uitgesloten. De verzekerden van de OvU hadden op vertoon van hun kwitantiekaart recht op pijnloos trekken van tanden en kiezen, vullingen en verwijdering van tandsteen. Kunstgebitten en kunsttanden kregen zij tegen kostprijs, waarvan zij na een half jaar nog 25% terugkregen.¹²² De vakorganisatie van de tandartsen had zich net als in Amersfoort door haar hogere tarieven uit de markt geprijsd.

Het Zeister Ziekenfonds en de OvU in 1935: fusiedruk en specialistenoverleg

Het Zeister Ziekenfonds en de OvU bestonden tot 1935 vreedzaam naast elkaar. De huisartsen uit de besturen troffen elkaar regelmatig op de vergaderingen van de Utrechtse NMG-afdeling en bespraken regelmatig ziekenfondszaken. Toch kreeg Van Lidth de Jeude in november 1935 niet van zijn afdelingscollega's, maar van een huisarts uit Montfoort te horen dat de OvU in Zeist een afdeling wilde stichten.¹²³ Van Lidth de Jeude wilde een concurrentieslag met de OvU graag voorkomen. Het Zeister Ziekenfonds was wel geen Maatschappijfonds, maar streefde dezelfde doelstellingen na als een NMG-fonds en hij beschouwde de bestuurders van VHZ en de OvU als collegae, niet als vijanden.

Op 11 december 1935 bespraken de besturen en hun administrateurs de kwestie.¹²⁴ De plannen van de OvU om in Zeist te beginnen bleken een gerucht, maar A.A. Snooy, de administrateur van VHZ en de OvU, vond het eigenlijk wel een goed idee als het Zeister Ziekenfonds zich bij het andere fonds zou aansluiten. Zeist lag midden in de OvU en het grote fonds gaf de verzekerden alles wat ze maar behoefden en betaalde de deelnemers goed. Sluit u aan, was zijn suggestie.

De huisartsen en verzekerden van het Zeister bestuur weigerden dit eenparig. Na enig heen en weer gereken bleek de OvU voor een gezin met twee kinderen duurder te zijn dat het Zeister Ziekenfonds en Van Dijk en Van Zanten, de verzekerdenbestuursleden verklaarden zich daarom tegen iedere samenwerking. De Zeister artsen en apothekers hadden ook geen trek in verandering. Snooy stelde voor om het reglement van het fonds aan te passen, maar dit vonden zij een directe aanval op hun werkgebied. Het reglement verbood hen zich aan te sluiten bij andere ziekenfondsen, maar dit garandeerde ook dat zich in Zeist geen collegae zouden vestigen zonder ballotage door het bestuur van het ziekenfonds.

Kortom, het hele bestuur van Zeist had geen interesse in samenwerking met de OvU. Snooy en de zijnen zagen er verder maar van af. Samenvoeging van Zeist en Utrecht was door de weigering van Zeist afgeketst en verdere samenwerking in de regio dan in de OvU was voorlopig nog niet aan de orde.

Het gesprek met de OvU had wel een ander gevolg. De regeling van de specialistische hulp bij het Zeister Ziekenfonds was daarbij op tafel gekomen. De OvU bood haar verzekerden poliklinische specialistische zorg, terwijl het Zeister Ziekenfonds nog steeds geen duidelijk regeling had.¹²⁵ Het bestuur had met individuele specialisten in Zeist en Utrecht afspraken gemaakt om per consult f 1,50 te honoreren en dit verrichtingenstelsel werkte slecht voor het fonds. De huisartsen en apothekers waren ontevreden. Het geneesmiddelenbesluit beperkte hun inkomsten, terwijl de uitgaven voor de specialistenhonoraria door het wisselend aantal verrichtingen niet te begroten waren.

Een contract met de Utrechtse Specialisten Vereniging en deelname aan de inmiddels regionaal functionerende specialistenpot was noodzakelijk. De verzekerden zouden daardoor specialistische poliklinische en klinische hulp kunnen krijgen, de Utrechtse specialisten konden tevreden zijn met uitbreiding van hun centrale kas en de administrateur Van Zanten zou weten wat hij er per jaar voor moest reserveren.

Het idee was goed, de uitwerking was minder eenvoudig. Van Lidth de Jeude bood de specialisten oktober 1935 f 1,75 per verzekerde, ouder dan 16 jaar voor volledige specialistische zorg.¹²⁶ De specialisten vonden dit veel te laag, maar noemden zelf geen bedragen. Het kostte de Zeister huisarts twee jaar onderhandelen en inschakeling van het hoofdbestuur van de NMG om toch zijn zin te krijgen en op 21 december 1937 werd een vijfjarig contract met de Utrechtse specialisten getekend.¹²⁷ De Zeister verzekerden kregen volledige klinische en poliklinische specialistische hulp tegen een premieverhoging van 3 cent per week. De specialistenpot werd vergroot met f 12.572, een bedrag dat de specialisten uit de regio onder elkaar konden verdelen aan de hand van de door hen voor de Zeister verzekerden gedane verrichtingen.

Het specialistencontract stelde iedereen tevreden en de verstrekking van specialistische hulp werd in het reglement van het Zeister Ziekenfonds opgenomen. Van Lidth de Jeude waarschuwde daarbij wel nadrukkelijk dat de Zeister huisartsen *in alle opzichten hier de huisarts moeten blijven, niet de verkeersagent, die naar Utrecht wijst!*¹²⁸ Hij vond het belangrijk dat hij en zijn collega's zich bewust

bleven van hun taak en niet klakkeloos gingen doorverwijzen, ook al zou verwijzing geen gevolgen meer kunnen hebben voor hun honorarium. De huisarts bleef in zijn ogen verantwoordelijk voor de behandeling van de verzekerden, ook na de verwijzing.

Specialistenzorg en tandartstarieven bij de OvU in 1939

Het verstrekkingenpakket van de OvU werd in 1939 door de uitbreiding van specialistische hulp met klinische zorg gemoderniseerd. Dit had nogal wat voeten in de aarde. De verstrekking van de tandheelkundige en specialistische zorg zou net als bij het Amersfoortse Maatschappijfonds een complex van samenhangende problemen blijken.

De Utrechtse Specialisten Vereniging deelde na het voltooien van de onderhandelingen met het Zeister Ziekenfonds het OvU-bestuur in oktober 1938 mee dat haar leden geen genoeg meer namen met de vijftig cent, die het fonds per verzekerde per jaar voor poliklinische hulp bijdroeg aan de specialistenpot.¹²⁹ Dit tarief was het laagste honorarium dat door Maatschappijfondsen werd betaald en deze twee Utrechtse kwartjes werden voor de Specialisten Commissie zelfs een landelijk probleem. Maatschappijfondsen met financiële moeilijkheden drongen aan op verlaging van hun bijdragen aan de specialistenpotten *naar het Utrechtse model* en dat kon tot meningsverschillen met hun specialisten leiden. Het NMG-bestuur en de secretarissen van de Huisartsen en Specialisten Commissies, Eggink en Diehl, drongen aan op een oplossing.¹³⁰

Het bestuur en de Verzekerdenraad van het Utrechtse Maatschappijfonds wilden de specialisteneisen inwilligen en tegelijk de invoer van klinische en consultatieve hulp regelen. Op het platteland was de behoefte aan klinische hulp groter gebleken dan aan poliklinische, want de plattelandshuisartsen verrichtten zelf veel handelingen die in de stad poliklinisch door specialisten werden gedaan. Invoering van klinische hulp kon echter niet zonder premieverhoging of verlaging van de honoraria van de huisartsen en de apothekers.

Tegelijk met de specialisten wilden ook de tandartsen hogere tarieven, met name voor vullingen.¹³¹ De NMT drong al twee jaar op deze verhogingen aan, maar werd door het fondsbestuur aan het lijntje gehouden. De heren bestuurders vonden het bestaande tarief van 30 cent voor een vulling duur genoeg. De tandartsen in de buitengemeenten dreigden in oktober 1938 hun overeenkomsten echter op te zeggen, waardoor tegelijk voor de specialistentarieven en voor de tandartseisen een oplossing moest worden gevonden zonder dat de financiële positie van het fonds werd uitgehold.

Klinische hulp kon wel worden ingevoerd, maar alleen door een premieverhoging van drie cent. De verzekerden bleken dit evenwel geen bezwaar te vinden, zij toonden zich tijdens de plaatselijke vergaderingen zelfs enthousiast over deze nieuwe verstrekking.¹³² De ziekenfondsverzekerden uit de gemeenten rond Utrecht konden tot 31 december 1938 voor gratis klinische hulp terecht bij de Rijksuniversiteitsklinieken, maar deze zouden vanaf 1 januari 1939 eigen bijdragen gaan vragen.¹³³

Door de premieverhoging konden de mensen in het vervolg gebruik maken van alle Utrechtse specialisten en waren verzekerd voor operatiekosten, onderzoek, behandeling en röntgenfoto's. Het liggeld werd betaald uit het ziekenhuisverplegingsfonds.

Alle verzekerden uit de regio Utrecht, de werkgebieden van het Zeister Ziekenfonds en de OvU, konden vanaf 1 januari 1939 aanspraak maken op volledige specialistische zorg, een mijlpaal in de gezondheidszorg van het Utrechtse platteland. Het verstrekkingenpakket voor de ziekenfondsverzekering was daarmee breder dan dat in de stad, waar de klinische specialistische hulp door de ziekenhuisverplegingsverzekeringen werden vergoed. De specialisten waren ook tevreden. De OvU stortte als honorariumverhoging in het vervolg 90 cent in plaats van 50 cent in de Utrechtse specialistenpot en was daarmee goedkoper uit dan het Zeister Ziekenfonds.

Het probleem van de tarieven voor vullingen werd minder gemakkelijk opgelost. Het fonds en de tandartsen konden voor het einde van de contractperiode geen overeenstemming bereiken en de tandartsen weigerden de overeenkomst vanaf 1 januari 1939 te verlengen. Van januari tot en met maart behandelden zij geen OvU-patiënten, hetgeen het fonds in ieder geval *f* 2.500 aan honoraria scheelde.¹³⁴ Na bemiddeling van Eggink en de NMT werd een compromis bereikt. De verzekerden zouden in het vervolg eigen bijdragen betalen van *f* 0,25 per vulling en *f* 3,50 per wortel- of zenuwkanaalbehandeling, waardoor de tarieven voor deze verrichtingen konden worden verhoogd. Tot 1 juli 1940 zou het fonds de eigen bijdrage uit de niet-betaalde tandartshonoraria restitueren.

De eigen bijdrage was alleen bedoeld als financiële oplossing en niet om het aantal vullingen in te perken. De oplossing werd door de Verzekerdenraad morrend geaccepteerd.¹³⁵ De contributies konden na de aanpassing voor de specialistische hulp niet verder worden verhoogd en het fonds kon de verhoging niet uit de reserves betalen. Het was een dwangmaatregel, maar er was geen alternatief. Tijdens de contractloze periode bleken de klinieken van VHZ onvoldoende capaciteit te hebben om de

verzekerden van de OvU op te vangen. De regeling van de verstrekking van volledige specialistische hulp was bij de OvU eenvoudiger gebleken dan het oplossen van de problemen met de tandheelkundige zorg.

De relatie artsen-ziekenfondsen in de regio Utrecht

De relatie artsen-ziekenfondsen werd in het gebied buiten de stad Utrecht tot 1940 beheerst door het Zeister Ziekenfonds en het Maatschappijfonds de Omstreken van Utrecht. Het onderling beheerd ziekenfondswezen en de verzuiling speelden een beperkte rol in de vorm van het katholieke Centraal Ziekenfonds. Samenwerking van huisartsen en verzekerden in de besturen van het Zeister Ziekenfonds en de OvU was het belangrijkste kenmerk van het bestel in de regio. Pariteit was daarbij niet aan de orde. De bestuursverhoudingen bij deze fondsen waren gebaseerd op de NMG-richtlijnen van 1908, op de bindende besluiten en de modelreglementen voor de Maatschappijfondsen.

De relatie tussen het katholieke fonds en de artsen was over het algemeen harmonisch, soms met conflicten. Dit wisselde van plaats tot plaats, afhankelijk van de mate waarin de artsen hun medewerking aan het fonds wilden verlenen. De verhoudingen tussen de huisartsen en de twee andere fondsen waren harmonisch, de relaties tussen de fondsen en de specialisten waren soms gespannen.

De relatie tussen de OvU, het Zeister Ziekenfonds en de artsen werd beïnvloed door de verhoudingen tussen de verzekerden en de huisartsen in de besturen en de verzekerdennaden, hun persoonlijkheid, de noodzaak tot uitbreiding van de verstrekkingenpakketten in samenhang met de financiële draagkracht van de fondsen en de sociale mogelijkheden tot aanpassing van de premies, de emancipatie van de specialisten en de tandartsen en de manier waarop de huisartsen op deze groepen als concurrenten reageerden.

Zowel bij het Zeister Ziekenfonds als bij de OvU bestond soms verschil van mening tussen de artsen en de verzekerden over de spanning tussen premiehoogte en inkomen van de verzekerden, de welstandsgrens en het artsenhonorarium. Soms kregen de verzekerden hun zin, soms bleek een compromis mogelijk. Ziekenfondsbeheer bleef mensenwerk en bij beide fondsen overheersten in de discussies over verstrekking, verzekering en plaatselijke autonomie de persoonlijke visies en ideeën van de huisartsen en de verzekerdenvetegenwoordigers. Bij huisartsen als Tjeenk Willink en Westendorp speelde de Maatschappijfondsenideologie een belangrijke rol. Van Lidth de Jeude was voorstander van evenwichtige verhoudingen tussen verzekerden en huisartsen volgens het model van de NMG-fondsen, maar verzette zich net als de verzekerden tegen aantasting van de zelfstandigheid van het Zeister Ziekenfonds.

De samenstelling van het verstrekkingenpakket hing bij beide fondsen af van de premie, die de verzekerden naar het oordeel van de fondsbesturen konden betalen en de ontwikkeling van de verhouding met de specialisten en de tandartsen. De emancipatie van de specialisten in de regio was met de regeling van de poliklinische, klinische en consultatieve hulp in 1939 voltooid. Dit was een ontwikkeling van bijna twintig jaar geweest, afhankelijk van de onderhandelingskracht van de partijen, de ontwikkeling bij de specialismen zelf en de mate waarin de huisartsen de specialisten bij de behandeling van hun verzekerden accepteerden. In tegenstelling tot Amersfoort hadden de specialisten geen zetels in de besturen.

De ontwikkeling van de tandheelkundige verzorging als ziekenfondsverstrekking hing net als in Amersfoort samen met de acceptatie van specialistische hulp. Tandheelkunde werd als een noodzakelijke verstrekking geaccepteerd, maar de huisartsen uit de fondsbesturen beschouwden de tandartsen minder als collega's-zorgverlener dan de specialisten. De artsen van de OvU waren niet bereid de tarieven van de NMT te honoreren, sloten overeenkomsten buiten deze organisatie om of stuurden hun verzekerden naar de goedkoop werkende kliniek van VHZ. Deze kregen voldoende zorg, maar de emancipatie van de tandartsen als beroepsgroep liep achter bij die van de specialisten.

In 1940 bestond in de regio buiten de stad Utrecht een goed ontwikkeld ziekenfondsbestel, waarin de rechten van medewerkers en verzekerden waren gewaarborgd. De scheiding tussen stad en regio was, met uitzondering van de enclave Zeist, kunstmatig. Het beheer van het Centraal Ziekenfonds en de OvU werd gevoerd door de Utrechtse fondsen Liduina en VHZ en de verzekerden waren voor hun specialistische en tandheelkundige zorg grotendeels aangewezen op de stad. In en na de oorlog zou het onderscheid als deel van de regiovorming na een fusieproces worden opgeheven.

2.10 De afdeling Utrecht en het ziekenfondsbeleid van de NMG, 1908-1918

De relatie artsen-ziekenfondsen in de stad Utrecht was gecompliceerder dan in Amersfoort of in de regio buiten de stad. De fondsen verschilden sterk door hun achtergrond met arbeidersfondsen, medewerkersfondsen en commerciële fondsen. Daarnaast was er een scheiding in de behartiging van de belangen van de artsen en de apothekers door het naast elkaar bestaan van de Vereeniging van Doktoren en Apothekers, verbonden aan de Voorzorg en Hulp bij Ziekte, en de formele organisatie van de artsen in de plaatselijke NMG-afdeling.

De afdeling Utrecht van de NMG had in 1905 de eerste regelgeving opgesteld om te zorgen dat de plaatselijke ziekenfondsen aan hun normen voldeden, opdat de rechtspositie van de artsen en apothekers enigszins gewaarborgd was. Het door de NMG op het landelijk niveau ontwikkelde beleid vroeg van hen een reactie. De geschillen tussen de huisartsen en de specialisten hadden ook gevolgen voor de verhoudingen in de afdeling, waarbij de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit een bijzondere factor was.

De Afdeling Utrecht en de ziekenfondsen na 1908

De afdeling Utrecht van de NMG bleef zich ook na de ziekenfondsstrijd te Westbroek en Achttienhoven met de ziekenfondsen in haar werkgebied bemoeien. De lijst van de erkende ziekenfondsen werd jaarlijks herzien, nieuwe ziekenfondsen werden opgenomen en soms werden fondsen geschrapt. Het belangrijkste nieuwe fonds werd in 1909 op de lijst gezet: het ziekenfonds van het personeel van de werkplaatsen en de machinefabriek van de voormalige N.R.S. in Utrecht. Dit ziekenfonds zou later worden uitgebreid tot het Zieken- en Ondersteuningsfonds van de Nederlandsche Spoorwegen.¹³⁶ De Onderlinge Mannenkas uit Westbroek werd in 1909 van de lijst afgevoerd.

Het reglement van de afdeling werd aangepast aan het in 1908 vernieuwde huishoudelijk reglement van de NMG. De afdelingsraad werd overeenkomstig de richtlijnen van de NMG formeel ingeperkt tot adviesorgaan, maar de raad bleef verantwoordelijk voor de samenstelling van de lijsten en daarmee voor de ziekenfondspolitiek van de afdeling.

Het vijvertje van de verhouding afdeling-ziekenfondsen bleef rimpelloos. De belangrijkste activiteit van de afdelingsraad was in 1912 de bemiddeling in een conflict tussen het bestuur van Ziekenzorg en de huisarts Henriëtte Graanboom over het uitschrijven van recepten.¹³⁷ Deze ruzie was flink uit de hand gelopen, maar de afdelingsraad wist in overleg met het hoofdbestuur van de NMG een compromis te bereiken waardoor noch juffrouw Graanboom, noch het bestuur van Ziekenzorg openbaar gezichtsverlies leed.

Lauwe reacties op de Haagse besluiten

De plannen voor ziekenfondswetgeving van Talma werden op 25 november 1910 door de afdeling besproken. Zij kregen na een tamme discussie de instemming van de leden.¹³⁸ Er werd wat gemopperd over de beperkte artsenkeuze en te hoog gestelde welstandsgrenzen, maar de leden vonden het aandeel van de medici in de fondsbesturen wel voldoende. De Utrechtse medici waren al lang blij dat Talma door zijn terughoudendheid bij het voorschrijven van de wet niet te diep zou ingrijpen in de vreedzame verhoudingen in de regio Utrecht. Al te krachtig ingrijpen van de overheid zou aanleiding geven tot problemen tussen de artsen en de ziekenfondsen en volgens de huisartsen de goede verstandhouding met de patiënten verstoren.

De plannen van het NMG-hoofdbestuur voor het eerste algemeen bindend besluit over de ziekenfondsen werd in maart 1912 door de afdeling zonder veel enthousiasme begroet.¹³⁹ De Utrechtse artsen waren niet beducht voor een te grote invloed van het Hoofdbestuur in hun affaires, maar men zag de noodzaak van de bindende besluiten voor het Utrechtse niet in. De huisarts Melchior merkte op dat het Utrechtse vrijwillige systeem voor de erkenning van de ziekenfondsen altijd had gewerkt, en volgens de psychiater Heilbronner zouden de collega's bindende besluiten juist ontduiken.

Professor B.J. Kouwer, die zich tijdens de Algemene Vergaderingen van de NMG in ziekenfondszaken nogal actief toonde, was het hier niet mee eens. Hij vond dat de afdeling juist bindende besluiten moest gaan nemen, omdat een definitieve regeling van de ziekenfondszaken door het hoofdbestuur en de Algemene Vergaderingen achterwege bleef. De manier waarop de afdeling met de lijstmethode besliste over de erkenning en het bestaansrecht van ziekenfondsen kreeg volgens Kouwer te veel het karakter van een plaatselijke wet en had conflicten kunnen opleveren met het hoofdbestuur en het Centraal Comité. Een afdeling moest wel straffend kunnen optreden tegen collega's als in het geval Graanboom, maar bindende besluiten moesten algemeen zijn. Zij moesten

dienen als strijdmiddel voor de verdediging van de belangen van de artsen en preventief werken tegen fondsbesturen, die tegen de belangen van de artsen werkten. Kouwer kon weinig enthousiasme bij zijn medeleden opwekken. Men vroeg zich af of algemeen bindende besluiten wel effectief zouden zijn.

Bij een dergelijke stemming was het dan niet verwonderlijk dat de Haagse bindende besluiten van juli 1912 op de afdelingsvergaderingen nauwelijks werden besproken. Het was omdat het volgens deze landelijke richtlijnen moest, maar met duidelijke tegenzin werd in november 1912 het afdelingsreglement aangevuld met een huishoudelijk reglement voor een speciale onderafdeling voor ziekenfondszaken.¹⁴⁰ Deze onderafdeling zou zich bezig moeten houden met de verbetering van het ziekenfondsbestel en het behartigen van de belangen van de bij het ziekenfondswezen betrokken patiënten en artsen. Alle leden van de afdeling Utrecht die als medewerker verbonden waren, hetzij als huisarts, hetzij als specialist, werden automatisch lid van deze onderafdeling.

De onderafdeling zou de oude afdelingsraad moeten vervangen, maar deze bleef gewoon bestaan. De termen onderafdeling en afdelingsraad werden door elkaar gebruikt. Eigenlijk veranderde er voor Utrecht in 1912 weinig. De afdeling bleef nog steeds de erkenningslijsten gebruiken, die in 1912 en in 1913 met kennisgeving aan het hoofdbestuur op eigen initiatief gewijzigd werden. Het hoofdbestuur sputterde wel tegen deze eigenmachtige houding, maar deze bezwaren werden gewoon genegeerd.¹⁴¹

Voor Utrecht nog geen Maatschappijfonds

Op 7 juni 1913 hield Van der Brugh van de Commissie van Advies inzake de Ziekteverzekering van de NMG voor de afdeling een lezing over de nieuwste versie van het ziekwetontwerp-Talma.¹⁴² Hij vroeg zich af of de Utrechtse artsen door de aanwezigheid van het arbeidersfonds Ziekenzorg genoeg moesten nemen met lagere honoraria en een mindere sociale status: *en of de medici hier in de Tivoliconcerten temidden van hun fondspatiënten zitten?!* De Utrechtse artsen moesten handelend optreden voor de oprichting van eigen artsenfondsen. Zij hadden het hoofdbestuur wel gezegd dat de ziekenfondsen in hun werkgebied goed werkten, maar volgens hem hadden deze fondsen hun artsen ontzien omdat deze een groot aanzien onder hun patiënten hadden. Dit zou wel veranderen als de fondsen een politiek of confessioneel karakter zouden krijgen. Hij negeerde hiermee de goede verstandhouding van de artsen met Ziekenzorg en Liduina.

De Zeister huisarts Tjeenk Willink vond als voorzitter van de afdeling dat Van der Brugh veel te radicaal was met zijn opmerkingen. De oprichting van Maatschappijfondsen zou de artsen niet mogen verhinderen voor de al bestaande, goedgekeurde fondsen te werken. Van der Brugh stelde hem gerust en legde Tjeenk Willink de methode van de collectieve contracten voor. In Utrecht zou het ziekenfondsbestel uitstekend door deze overeenkomsten met de ziekenfondsen kunnen worden geregeld. Dit idee werd wel gunstig ontvangen en Van der Brugh kreeg van de vergadering de toezegging dat men zou denken over de oprichting van een NMG-fonds.

Dit liep niet van een leien dakje. Eerst kregen de artsen van De Voorzorg en Hulp bij Ziekte ruzie over welke van hun fondsen zou moeten worden omgevormd tot een Maatschappijfonds. In november 1913 was deze ruzie bijgelegd en besloot de afdeling om in samenwerking met het Departement Utrecht van de NMP een nieuw Maatschappijfonds te stichten.¹⁴³ Het Departement en de afdeling vormden gezamenlijk een commissie van voorbereiding, die in het voorjaar van 1914 kon meedelen dat de statuten en de reglementen voor het nieuwe afdelingsfonds klaar waren.¹⁴⁴ De specialisten waren bereid met het op te richten afdelingsfonds in zee te gaan op de volgende voorwaarden:

- fondsleden zouden alleen recht krijgen op poliklinische behandeling;
- de verzekerden kregen vrije specialistenkeuze;
- patiënten mochten niet van specialist wisselen voor de duur van de maandkaart;
- de universiteitspoliklinieken zouden op de lijst van de gevestigde specialisten worden geplaatst met dezelfde rechten als de bestaande poliklinieken, maar zonder honorarium.

De statuten van het nieuwe fonds werden aangenomen en daar bleef het bij. De artsen en apothekers van De Voorzorg en Hulp bij Ziekte gaven de voorkeur aan hun eigen fondsen en tijdens de vergaderingen van de afdeling en het Departement werd verder niet meer over de kwestie gesproken.¹⁴⁵ In Utrecht kwam voorlopig nog geen Maatschappijfonds.

De acceptatie van de leidraad en de samenwerking met de NMP

De leden van de afdeling werkten niet mee aan de uitvoering van het NMG-beleid met de oprichting van een afdelingsfonds en liepen ook niet warm voor de plannen van de volgende Algemene Vergadering in juli 1914 waar de leidraad voor de bindende besluiten werd besproken.¹⁴⁶ De artsen stemden volmondig in met de voorstellen van het hoofdbestuur, maar de afgevaardigde, Professor J.M. Baart de la Faille, kreeg naar de vergadering geen mandaat mee. De leden van de afdeling werden de

discussies over bindende besluiten over ziekenfondsen op de Algemene Vergaderingen moe. De Utrechtse artsen waren van mening dat alle besluiten weinig effectief zouden zijn, doordat overtreding nauwelijks bestraft kon worden. De acceptatie van de leidraad en de uitwerking werden in de afdelingsvergaderingen dan ook verder niet formeel besproken.

Het reglement werd in 1915 wel aan de algemeen bindende besluiten aangepast. Het begrip ziekenfonds werd verruimd tot *de binnen het gebied der afdeling bestaande of nieuw op te richten ondernemingen, rechtspersoonlijkheid bezittende lichamen of instellingen op ziekenfondsgebied, van welken aard dan ook en de binnen haar gebied werkende verzekeringsmaatschappijen tegen ziekte, ongevallen en invaliditeit.*¹⁴⁷

De plannen van het hoofdbestuur voor samenwerking met de NMP uit 1915 vielen bij de Utrechtse artsen ook niet in goede aarde. De overeenkomst voor deze samenwerking was volgens medisch hoogleraar H. Zwaardemaker alleen voorgesteld om moeilijkheden met de apothekers te voorkomen.¹⁴⁸ Dit werd voor Utrecht niet nodig gevonden. Als de verhoudingen met de NMP zouden verslechteren, waren er altijd wel apothekers voor de afdelingsfondsen te vinden. De afgevaardigde naar de Algemene Vergadering van 1915 stemde daarom tegen de overeenkomst. De medici stemden in 1916 wel in met de plannen voor een schriftelijke overeenkomst om de relatie op lokaal niveau te regelen.¹⁴⁹ Deze opzet sloot beter aan bij de Utrechtse situatie, waar de huisartsen en de apothekers op ziekenfondsniveau al sinds het begin van de eeuw hun affaires onderling regelden.

Op 30 maart 1917 werden de bindende besluiten over de ziekenfondsen voor de afdeling nog een maal hernieuwd.¹⁵⁰ De ziekenfondspolitiek werd gebaseerd op twee besluiten: de erkenningslijst en het belangrijkste besluit dat de leden van de afdeling zich verbonden *niet deel te nemen aan eenig ziekenfonds, dat na 15 juni 1912 binnen de grenzen der afdeling is, of zal worden opgericht en plaatselijk geen overeenkomst aan te gaan met een fonds [...] voordat de statuten, reglementen en bepalingen van dat fonds zijn goedgekeurd door de afdeling.*

Dit betekende dat de fondsen die in 1912 door de afdeling op de erkenningslijst waren geplaatst erkende fondsen bleven, totdat zij hun reglement aanpasten in een voor de artsen ongunstige zin. Zolang Ziekenzorg dit niet deed moesten de artsen het arbeidersfonds volgens hun eigen regels met rust laten. Ziekenzorg kwam daarom in 1912 en 1913 niet met de afdeling in conflict en was in staat zich in te spannen voor de oprichting van de Landelijke Federatie.

De verhoudingen tussen de afdeling en de fondsen waren in deze jaren bijzonder vredig, in tegenstelling tot de ontwikkelingen op landelijk niveau. Hoogleraren als Zwaardemaker, Kouwer en een arts als Schuckink Kool waren op de landelijke Algemene Vergaderingen actiever dan tijdens de afdelingsvergaderingen. De Utrechtse artsen bleven na 1908 een zekere zelfvoldaanheid tonen. Zij liepen daarbij niet klakkeloos aan de leiband van het hoofdbestuur of de CO, maar hanteerden in hun werkgebied hun eigen beproefde middelen. De CO erkende zelfs in 1917 de Utrechtse methode door de landelijke lijsten van de erkende ziekenfondsen in te delen naar Utrechts voorbeeld.¹⁵¹

De verhoudingen tussen de huisartsen en specialisten

De verhoudingen in de afdeling tussen de huisartsen en de specialisten waren in deze jaren uiterst gemoedelijk. De huisartsen vonden het in 1911 niet nodig een eigen vereniging van ziekenfondsgeneesheren op te richten, zoals het Centraal Comité tot behartiging van het Ziekenfondswezen graag wilde.¹⁵² Beide groepen wilden geen algemene regelgeving voor de samenwerking arts-specialist. De afdelingsraad en de afdeling waren unaniem van mening dat de samenwerking van de huisarts en de specialist in het voordeel van de zieke en bevorderlijk voor de collegiale verstandhouding was.

De Utrechtse specialisten waren voor de behandeling van de ziekenfondsverzekerden nog steeds afhankelijk van de goed functionerende Kliniek. De fondsen vergoedden geen behandeling van de verzekerden in hun particuliere praktijk. De poliklinieken van de universiteit waren in de relatie huisartsen-specialisten-ziekenfondsen een vreemde eend in de bijt. De academische kliniek en de poliklinieken, ook Rijksklinieken genoemd, werden steeds belangrijker voor de specialistische en klinische hulp aan ziekenfondsleden en onvermogenen uit het hele land.¹⁵³ De hoogleraren trachtten de faciliteiten van hun klinieken steeds te verbeteren, maar door te kleine budgetten hadden zij daarmee minder succes dan gewenst. Gegoede patiënten weigerden zich te laten opnemen, waardoor opmerkelijke en voor de studenten interessante ziektegevallen wegbleven. Om de kosten van de exploitatie te dekken had de rijksoverheid in 1897 bepaald, dat op de polikliniek de verband- en geneesmiddelen niet meer gratis verstrekt werden, tenzij de patiënt een bewijs van onvermogen kon overleggen.

De Rijksklinieken kregen steeds meer concurrentie van de andere Utrechtse ziekenhuizen, die betere verpleegfaciliteiten boden en waar geen studenten om de bedden van de zieken liepen. De Kliniek trok ook veel patiënten bij de universitaire poliklinieken weg, doordat daar de genees- en verbandmiddelen voor de minvermogenden wel zo veel mogelijk gratis werden verstrekt.

De situatie bij de Rijksklinieken verbeterde door de opening van een nieuw ziekenhuis voor chirurgische en gynaecologische afdelingen in 1908 aan de Catharijnesingel naast het Stedelijk Ziekenhuis. Het Stedelijk Ziekenhuis en de medische faculteit hadden al lang afspraken over het uitwisselen van patiënten.¹⁵⁴ Het eerste zou de universiteit interessante lijders leveren voor onderwijskundige doeleinden, terwijl de stad dan voor het onderwijs *waardeloze patiënten* op kosten van de gemeente zou verplegen. Het SAZU-complex werd steeds verder uitgebreid tot het uiteindelijk AZU.

De Rijksklinieken werden in 1913 voor het eerst bij een ziekenfondskwestie betrokken. Op 28 november 1913 kreeg de afdeling Utrecht een brief van het NMG-hoofdbestuur met de mededeling dat leden van het ziekenfonds van de Koninklijke Weefgoederenfabriek in Hengelo door specialisten van de Rijksklinieken te Utrecht poliklinisch waren behandeld.¹⁵⁵ De afdeling Twente van de NMG verkeerde op voet van oorlog met dit fabrieksfonds en had een bindend besluit afgekondigd om het geven van consulten aan leden, anders dan tegen particulier tarief, onmogelijk te maken. De Utrechtse specialisten, ook de medewerkers van de Kliniek, besloten daarop patiënten uit Hengelo alleen met een schriftelijk verzoek te zullen behandelen. Zij stelden echter dat de universiteitspoliklinieken deze mensen wel zouden moeten aannemen. De universiteitsklinieken zouden bij latere specialistenkwesties altijd een aparte positie innemen.

De specialistenemancipatie

Aan de vreedzame eensgezindheid van de huisartsen en de specialisten in de afdeling kwam in 1916 een einde. De Utrechtse ziekenfondsen, de artsen en de apothekers onderhandelden in dat jaar over de afsluiting van hun eerste collectieve overeenkomst. Daarbij werd voor de eerste keer op lokaal niveau gesproken over de praktijkafbakening en de verdeling van de ziekenfondshonoraria tussen de specialisten en de huisartsen. De gemoederen laaiden flink op. Voor de Utrechtse medici werden uiteindelijk de honoraria steeds belangrijker voor het ziekenfondsspel, niet de gemoedelijkheid van de onderlinge verhoudingen.¹⁵⁶

De Utrechtse huisartsen hadden hun belangen met hun fondsen De Voorzorg en Hulp bij Ziekte al vele jaren veiliggesteld. De specialisten waren daarentegen nog volop bezig met de ontwikkeling van hun status als beroepsgroep. Toch wilden beide groepen tijdens het landelijke conflict tussen de huisartsen en de specialisten in 1918 de eenheid binnen de NMG bewaren. Hoogleraar Baart de La Faille deed tijdens de landelijke Buitengewone Ledenvergadering van 2 en 3 mei 1918 namens de Utrechtse afdeling een voorstel voor de instelling van een Centrale Ziekenfondscommissie.¹⁵⁷ In deze commissie zouden huisartsen en specialisten het bestuur delen onder voorzitterschap van een neutraal arts. De afdeling deed het voorstel, omdat zij vond dat de ideeën van het Hoofdbestuur voor een aparte organisatie voor de specialisten tot chaos leidden. De Utrechtse artsen waren bang voor opsplitsing van de NMG in verschillende organisaties met als gevolg bureaucratie en prestigeverlies.

De Utrechtse specialisten en huisartsen gaven toe dat beide groepen schuld hadden aan het specialisten- en huisartsenconflict. De afdeling Utrecht gaf de afdelingen Rotterdam en Amsterdam de schuld van alle onrust. De Zeister huisarts Tjeenk Willink vond dat de specialisten daar een revolutie hadden ontketend, terwijl huisartsen en specialisten in de strijd tegen de fondsen juist gemeenschappelijke belangen hadden.¹⁵⁸

Het Utrechtse voorstel haalde het in de Algemene Vergadering niet, want de afdeling Rotterdam en de Centrale Organisatie waren tegen. De Utrechtse specialisten waren daar niet rouwig om, want in deze vergadering kregen de specialisten hun eigen vereniging. Zij betreurden het alleen dat zij geen eigen collectieve contracten konden sluiten.¹⁵⁹ Voor de Medische Faculteit en voor de specialisten was het belangrijk dat in het vervolg hoogleraren als specialisten werden beschouwd. Zij mochten een specialistische praktijk voeren als hun aanstelling dit toeliet en zij konden lid worden van de specialistenvereniging.

De specialisten- en huisartsenkwestie was voor de specialisten en huisartsen van de afdeling Utrecht de culminatie van een ontwikkeling die aan het begin van de eeuw was ingezet: de tweestrijd tussen belangenbehartiging en wetenschappelijk belang doordat materiële belangen steeds meer op de voorgrond traden ten opzichte van de beroepsethiek. De afdeling hoefde zich na 1918 voorlopig echter niet zo intensief meer bezig te houden met ziekenfondszaken. De NMG had voor het landelijk niveau haar beleidslijnen uitgezet en op lokaal niveau waren de zaken in 1917 geregeld in de eerste Utrechtse

ziekenfondsovereenkomst. De verantwoordelijkheid voor de regeling van het Utrechts ziekenfondsbestel werd daarmee overgenomen door de NMG met de CO, de beroepsgroepen en door de ziekenfondsen zelf. De afdeling kon zich in haar vergaderingen na vele jaren weer rustig wijden aan wetenschap en sociale contacten.

2.11 De eerste Utrechtse collectieve ziekenfondsovereenkomst

De artsen en apothekers van de Vereeniging waren tegelijk medewerkers en eigenaars van De Voorzorg en Hulp bij Ziekte. De opkomst van de Utrechtse specialisten en nieuwe beroepsgroepen als de tandartsen betekende voor hen concurrentie, maar zij waren gedwongen de door deze groepen geleverde verstrekkingen bij hun fondsen te accepteren.

De besturen van de Utrechtse ziekenfondsen moesten maatregelen nemen om de nood van de gezinnen te lenigen, waarvan de gezinshoofden in 1914 werden gemobiliseerd. Hun samenwerking had onverwachte gevolgen.

De algemeen artsen van de Vereeniging en hun erkenning van specialistische zorg

Het oude fonds de Voorzorg bleef het eigendom van de artsen en apothekers van de Vereeniging. Deze relatie werd opnieuw vastgelegd door een herziening van het reglement van de Vereeniging in 1909.¹⁶⁰ Het lidmaatschap van de Vereeniging bleef voorbehouden aan *algemeene praktijk uitoefenende doctors en de in Utrecht gevestigde apothekers*, waarbij dit lidmaatschap recht gaf op aanstelling als deelnemer bij de Sociëteit Voorzorg. De artsen van de Vereeniging noemden zich algemeen artsen om zich te onderscheiden van de specialisten.

De reglementsherziening van de Vereeniging uit 1909 had ook gevolgen voor de ziekenfondspraktijken en het verstrekkingenpakket van de Voorzorg. De praktijkgrootte van de huisartsen werd op een maximaal aantal ingeschreven verzekerden van 800 bepaald. Apothekers mochten 1.200 verzekerden inschrijven. Dit waren landelijk gezien normale praktijkgroottes. De honorariaverdeling werd ook veranderd. De apothekers kregen eerst hun rekeningen betaald, dan werd 3 cent per recept als vergoeding gegeven. Van het resterende bedrag uit de premieopbrengsten kregen de apothekers 1/3 en de huisartsen 2/3 deel.

Het verstrekkingenpakket van de Voorzorg werd in 1909 uitgebreid met verloskundige en poliklinische specialistische hulp.¹⁶¹ Deze laatste werd vergoed als de verzekerden zich lieten behandelen in ziekenhuispoliklinieken, de Kliniek of de poliklinieken van de universiteit. Specialisten werden beschouwd als buitengewone medewerkers en hadden geen stemrecht op de vergaderingen van de Vereeniging. Zij kregen als honorarium f 0,25 per doorverwezen verzekerde per kwartaal. De Voorzorg kende nog geen maandkaarten.

De artsen van de Vereeniging hadden de specialisten niet zonder meer geaccepteerd, zoals de huisartsen bij de afdeling Utrecht wel hadden gedaan. Op 3 april 1909 meldde zich de arts Leendertz als aspirant-lid voor de ballotagecommissie.¹⁶² De arts Keizer had bezwaar tegen hem. Leendertz was internist en volgens Keizer gaven specialistische werkkringen aanleiding tot ongeoorloofde concurrentie voor de algemeen artsen. Zijn collega Hessing viel hem bij: specialisten waren niet gewenst in de Vereeniging. Zij zouden onvoldoende tijd hebben voor de ziekenfondspraktijk en Hessing haalde voorbeelden aan van specialisten die soms 70 patiënten per uur zouden behandelen.

Staal, een van de artsen van het eerste uur van de Vereeniging, vond deze uitspraken overdreven.¹⁶³ Zelfs al zouden specialisten grote praktijken hebben, dan was dit voor hem nog geen argument om de specialistische behandeling buiten de verstrekkingen van de Voorzorg te houden. Men moest met zijn tijd meegaan en anders zou de Voorzorg niet kunnen concurreren met Hulp bij Ziekte en Ziekenzorg. Hij vond het geen bezwaar als een specialist er een gewone ziekenfondspraktijk op na hield.

Keizer zag van deze argumentatie de redelijkheid in, maar wilde specialisten alleen toelaten op bijzondere voorwaarden. Hessing viel hem bij en bracht nog een verfijning aan. Er moest onderscheid worden gemaakt tussen gewone specialisten en algemeen artsen, die een assistentschap voor specialisatie hadden aan de Universiteit. Een specialist mocht volgens de NMG geen gewone praktijk hebben, laat staan een ziekenfondspraktijk. De assistenten mochten dit wel. Zijn collega Alma toonde aan dat uit fondsleden geen specialistenpraktijk te vormen viel. Hij had een assistentschap verloskunde aangenomen en zijn huisartsenpraktijk was daardoor met maar drie gezinnen gegroeid. Dit kon nauwelijks als ongeoorloofde concurrentie worden gezien. Assistenten waren dus niet als specialisten te beschouwen.

Na een langdradige discussie werd besloten dat specialisten als buitengewone leden van de Vereeniging zouden worden geaccepteerd, een compromis waarmee iedereen tevreden was. Dit compromis sloot aan bij de stemming van de afdeling Utrecht over de specialistenkwestie in deze periode. De specialistenpraktijk vormde nog geen bedreiging voor de algemene praktijk en werd daarom met enkele bedenkingen geaccepteerd.

De Vereeniging als vakbond voor de Utrechtse artsen en apothekers

De artsen en apothekers vonden de nauwe band tussen de Vereeniging en de Voorzorg ook wel eens te beknellend. Het fonds en de medewerkersclub konden echter niet gescheiden worden zolang de oude directeuren Klokke, Philippi en De Groot nog leefden. De Vereeniging zat tot hun dood aan hen vast, want in 1897 was met hen overeengekomen dat hun eigendomsrechten op de Voorzorg pas na hun overlijden kwamen te vervallen.¹⁶⁴

De Vereenigingsleden zaten daarom met een probleem. Hun pogingen sinds 1897 om de volledige macht over de ziekenfondsverzekering in Utrecht te krijgen waren eigenlijk mislukt: zij hadden zelfs nog niet de volledige beheersing over hun eigen fonds. Hun streven om de Voorzorg het artsen- en apothekersfonds van Utrecht te laten zijn was mislukt door de weerspannige houding van hun collega's van Hulp bij Ziekte, die geen fusie wilden. Pogingen om Ziekenzorg als concurrent uit te schakelen hadden geen succes omdat de afdeling de Vereeniging min of meer gedwongen had het arbeidersfonds te erkennen.¹⁶⁵ Als laatste hadden zij in 1905 de suprematie van de NMG-afdeling met de erkenningslijst moeten erkennen.

De apothekers betreurden dit alles het meeste, maar zij waren realistisch genoeg om toe te geven dat het met de tot dan toe gebruikte manier niet lukte. Tijdens de discussies over de uitwerking van de Wet op het Arbeidscontract in 1907 vormden de apothekers Sleeswijk, Koert en Olland een commissie om te komen met andere ideeën.¹⁶⁶ Zij namen hun tijd, want pas op 30 januari 1909 kwamen zij met voorstellen.¹⁶⁷

Olland suggereerde de opheffing van de Vereeniging om daarvoor in de plaats een bond van alle Utrechtse ziekenfondsdoktoren en -apothekers op te richten. De Vereeniging was in haar bestaande vorm alleen maar de exploitant van de Voorzorg en betekende voor het Utrechtse ziekenfondswezen verder niets. De afdeling van de NMG deed meer, maar stond volgens Olland te ver af van het dagelijks werk van de ziekenfondspraktijk van de artsen en apothekers.¹⁶⁸ Een eigen club kon daar meer aan doen. Olland kreeg echter geen bijval. Zijn voorstel om de Vereeniging op te heffen werd afgewezen, ook al vonden de meesten van de garde van 1897 dat het doel van de Vereeniging eigenlijk mislukt was. Voor een algemene Utrechtse ziekenfondsmedewerkersbond waren de heren echter ook niet te porren. Dan zouden de artsen van Ziekenzorg daarvan ook lid moeten kunnen worden en dat ging hun te ver.

Kortom, de zaak bleef zoals hij was. Er kwam geen algemene vereniging, de belangen van de Vereeniging bleven beperkt tot de Voorzorg en de afdeling Utrecht zorgde voor het algemeen Utrechts ziekenfondsbelang in samenwerking met het NMP-Departement Utrecht. Nu kwam er een goed initiatief uit de koker van de apothekers en werd het in de kiem gesmoord door eigenbelang en uit angst voor het verfoeide Ziekenzorg. Toch viel de beperktheid van de Vereeniging wel mee. Sinds 1905 waren ook alle medewerkers van Hulp bij Ziekte lid geworden en verleenden de meeste Voorzorgers hun diensten aan het andere medewerkersfonds. Het lidmaatschap van de besturen van de Voorzorg en Hulp bij Ziekte werd strikt gescheiden gehouden. Dit gaf nogal eens problemen omdat het bestuur van Hulp bij Ziekte een eigenzinnig beleid voerde, maar uiteindelijk groeide de Vereeniging uit tot een bredere belangengroep.

De eigengereide houding van de artsen uit de Vereeniging was ook oorzaak voor het gebrek aan enthousiasme van Utrechtse NMG-afdeling voor de oprichting van een afdelingsfonds in de jaren 1912-1913.¹⁶⁹ Het bestuur verklaarde niet aan de oprichting van een NMG-fonds te zullen meewerken, zolang de hoofdbesturen van de NMG en de NMP zich niet gezamenlijk voor de ontwikkeling van Maatschappijfondsen inspanden. Deze reactie op de afdelingsfondsen was de enige blijk van betrokkenheid bij de landelijke discussies over de ziekenfondskwestie. De Utrechtse huisartsen en apothekers hadden aan hun eigen zaken voldoende en de Voorzorg en Hulp bij Ziekte voldeden als door medewerkers beheerde ziekenfondsen aan alle eisen die de NMP en de NMG konden stellen, met uitzondering van deelname van verzekerden in de besturen.

Op 6 december 1913 kwam er een einde aan een tijdperk. Klokke overleed en van de oude directeuren waren alleen Philippi en De Groot nog over. De overledene had op zijn sterfbed nog laten merken dat hij nog steeds een hekel had aan de Vereeniging. Op zijn verzoek had zijn weduwe wel de Bond voor Sigarenmakers op zijn begrafenis uitgenodigd, maar geen artsen of apothekers.¹⁷⁰ De Groot en Philippi hadden na de dood van hun collega geen zin meer in het werk bij de Voorzorg en wilden eigenlijk wel met pensioen, maar dit kregen zij niet. Vooral de artsen wilden de oude heren dwarsbomen en zonnen op wraak.¹⁷¹ De twee moesten aanblijven met vermindering van salaris en dienden met instemming van de Vereeniging een modern werkende administrateur aan te nemen. Gelukkig voor hen wist de nieuwe administrateur, J. Vellekoop, zijn opdrachtgevers ervan te overtuigen dat de twee voor hem een blok aan het been waren bij de bouw van een nieuwe administratie.¹⁷² Zij werden op 1 januari 1915 met pensioen gestuurd. Vellekoop werd directeur en moderniseerde de hele administratie van de

Voorzorg met behulp van kaartsystemen. In het oude systeem bleken nogal wat fouten te zitten. Het lid van de eerst aangelegde kaart was al 8 jaar dood.

De Vereeniging, Hulp bij Ziekte en de Voorzorg: artsen, apothekers en beleid

De artsen en apothekers van de Vereeniging beschouwden Hulp bij Ziekte na 1905 nog meer dan de Voorzorg als hun knollentuin. Bij de Voorzorg dienden zij nog rekening te houden met de oude directeuren, maar bij Hulp bij Ziekte konden zij de contributieopbrengsten zonder schroom onderling verdelen, eerst volgens de vaste sleutels van de abonnementen en daarna uit de opbrengst van de reservekas. De artsen kregen f 2,35 per ingeschrevene per jaar, de tandarts f 2,25 en de apothekers ongeveer 24,5 cent per recept. Dit laatste was bij de Voorzorg 19,25 cent.¹⁷³ Hulp bij Ziekte maakte ieder jaar winst. De directeur kreeg hiervan 20% en de agenten konden 20% onder elkaar verdelen. De medewerkers beslisten daarna of er voor de reservekas iets zou overblijven of dat zij de resterende 60% onderling zouden verdelen naar gelang het aantal leden dat zij ingeschreven hadden. Hulp bij Ziekte was een goedbetalend fonds.

De praktijkgroottes waren in tegenstelling tot bij de Voorzorg niet aan maxima gebonden, maar de medewerkers waren er niet op gebrand hun praktijken te groot te maken, vooral niet in de nieuwe wijken. Iedere nieuwe medewerker werd daarom verplicht zijn praktijk te starten met verzekerden uit de noordelijke en westelijke buitenwijken.¹⁷⁴

De artsen en apothekers van Hulp bij Ziekte trokken zich weinig aan van de landelijke ontwikkelingen bij het bestuur van hun fonds. Het NMG-lidmaatschap was voor de artsen niet verplicht. Op 1 april 1907 werd een voorstel hiervoor door het tegenstemmen van de apothekers verworpen.¹⁷⁵ Het lidmaatschap van de Vereeniging werd wel verplicht gesteld voor de Hulp bij Ziektemedewerkers. De Haagse en Bredase bindende besluiten van de NMP en de NMG maakten bij Hulp bij Ziekte totaal geen indruk. Men wilde eerst de oprichting van het Utrechtse afdelingsfonds afwachten om dan het eigen reglement aan te passen voor concurrentiedoeleinden.¹⁷⁶ Aangezien het afdelingsfonds er niet kwam had de landelijke ziekenfondspolitiek voor het Utrechtse Hulp bij Ziekte geen enkel gevolg. Het fonds stond op de erkenningslijst van de afdeling Utrecht en dat vond men wel voldoende.

Specialistische hulp werd evenals bij de Voorzorg alleen als poliklinische hulp vergoed. Specialisten werden als medewerkers geweerd. De tandheelkundige hulp bestond uit trekken van tanden en kiezen. De manier waarop de artsen tegen deze verstrekking aankeken, was typerend voor de visie op de verstrekking van de tandheelkundige zorg in het algemeen. Op 27 augustus 1901 stond de tandheelkundige hulp op de agenda van de bestuursvergadering.¹⁷⁷ Hulp bij Ziekte had geen tandarts, maar de verzekerden hadden wel recht op trekken door hun huisartsen. De meesten weigerden dit echter en dat gaf wel eens problemen. Op voorstel van de arts Staal werd een *tandmeester* aangetrokken, die voor 5 cent per lid per jaar alle leden de tanden zou moeten trekken. Hij zou dezelfde rechten krijgen als alle andere medewerkers, met uitzondering van een aandeel in de winst.

Deze tandmeester, Roeloffs, verzocht in 1903 om zijn titel aangepast te zien aan het meer passende tandarts.¹⁷⁸ Hij beriep zich op de titel Zahnarzt uit de Duitse tandheelkunde, want de benaming tandmeester wekte bij het grote publiek verwarring. De apothekers Tigler Wijbrandi en Sleeswijk zagen wel iets billijks in dit verzoek, maar de artsen waren van mening dat Roeloffs dit verzoek maar moest indienen bij het Ministerie van Binnenlandse Zaken en niet bij het bestuur van Hulp bij Ziekte. Uit beleefdheid voor zijn persoon mocht Roeloffs zich toch wel tandarts noemen. Landelijk werd het begrip tandarts vanaf 1912 gebruikt.¹⁷⁹

Het tandheelkundig pakket werd langzaam uitgebreid. De werkzaamheden voor de fondspraktijk bleven eerst beperkt tot trekken. In 1911 kreeg Roeloffs toestemming om voor de proeftijd van een jaar verdoovende insputingen tegen de kostprijs in rekening te brengen.¹⁸⁰ Becker, zijn opvolger, wilde uitbreiding van het tandheelkundig pakket en diende in februari 1912 een aanvraag voor plomberen in.¹⁸¹ Dit vonden de artsen maar niets. *Normaal is het trekken van tandjes en kiesjes, maar meer kunnen de leeden niet eischen* luidde volgens hen het reglement. *Gaat men aan het precieseeren in een reglement, men weet wel 't begin, maar niet het einde. En mag men niet vergeten, dat de meeste menschen het voorzich zelf wel weeten, al vragen zij meer. Plombeeren is uit ijdelheid en de mensch is ijdel.* De fondsdirecteur moest maar per geval beslissen of vullen noodzakelijk was. De artsen weigerden dus principieel de tandheelkundige zorg uit te breiden door het reglement aan te passen, maar wilden het wel oogluikend toelaten.

Hulp bij Ziekte bleef groeien, voornamelijk door de uitbreiding van Utrecht en de ledenwerving door de agenten. De grootste sprong werd gemaakt van 2.700 leden in januari 1912 naar 3.273 in 1913. De contributies werden ongewijzigd gehouden, de inkomsten van de medewerkers namen naar hun zin

voldoende toe door hun aandeel in de winst. De Vereeniging verzocht af en toe de premies aan die van de Voorzorg gelijk te schakelen, maar daar werd niet op ingegaan.

In oktober 1915 drongen de apothekers Koert, Olivier, Slis, Berents en Van de Weerd toch aan op wijziging van de honoraria en de toepassing van de algemene 5/8-3/8-verhouding, zoals deze ook bij de Voorzorg gebruikt werd.¹⁸² Zij wilden dat Hulp bij Ziekte met de statuten zou worden aangepast aan de modellen van de NMG. Bij Hulp bij Ziekte hing het apothekershonorarium te veel af van de prijs en de hoeveelheid van de voorgeschreven geneesmiddelen en door de duurte van de oorlogstijden liepen de apothekers grote risico's bij de inkoop van hun grondstoffen. De schommelingen in de uitgekeerde honoraria waren voor hen te groot.

De artsen keurden het principe van de Maatschappijfondsen wel goed, maar de apothekers hadden naar hun zin voor dit voorstel toch de verkeerde tijd gekozen. De doktoren hadden absoluut geen zin in een gelijkschakeling met de Voorzorg en al helemaal geen behoefte aan NMG-ideeën. De apothekers konden een toeslag van 10% krijgen op de kosten van de medicamenten gedurende de duur van de oorlog en daarmee basta. Zij wilden wel verder praten over het voorstel-Koert, maar dan na de oorlog. Om de lieve vrede te bewaren stemden de apothekers hiermee in, vooral toen eenparig besloten werd om gezien *den politieken toestand in Europa* f 1.000 uit de reservekas te verdelen.

Op 1 maart 1916 kwam het voorstel opnieuw aan de orde. De prijzen van de grondstoffen van geneesmiddelen waren zo hoog geworden dat de apothekers nauwelijks winst meer maakten.¹⁸³ De artsen gingen daarom uiteindelijk voor de proeftijd van een jaar met de honorariumwijziging akkoord. De honorariumregeling bij Hulp bij Ziekte was nu gelijk aan die van de Voorzorg.

De Utrechtse huisartsen en apothekers bleven in deze periode hun eigen ziekenfondsbeleid voeren, los van de landelijke ontwikkelingen. Zij steunden elkaar in hun eigen organisatie, de Vereeniging en zorgden ervoor dat de band met de NMG-afdeling en het NMP-Departement niet te strak werd. Dit konden zij doen door tegelijkertijd twee fondsen te exploiteren die oorspronkelijk van karakter verschilden, maar steeds meer op elkaar gingen lijken. Na 1908 zaten er geen verschillen meer in de medewerkerslijsten van de Voorzorg en Hulp bij Ziekte. De fondsen hadden wel ieder een eigen bestuur, dat zijn eigen beleid bepaalde.

Toch werd het niet noodzakelijk gevonden deze fondsen te laten fuseren. Hulp bij Ziekte was weliswaar kleiner dan de Voorzorg, maar de honorariumregelingen waren gunstiger, vooral omdat men vrij over de goedgevulde reservekas kon beschikken. Hulp bij Ziekte werd beschouwd als onderling fonds, maar dan onderling voor de artsen en apothekers zelf.¹⁸⁴ De Voorzorg bleef de naam houden van exploitatiefonds, zolang de oude directeuren hun rechten behielden. De honoraria lagen lager dan bij het andere ziekenfonds. De Voorzorg was wel het grootste Utrechtse ziekenfonds en daardoor evenals Hulp bij Ziekte voor de artsen en apothekers voldoende aantrekkelijk.

Andere medische beroepsgroepen als de specialisten en de tandartsen werden aarzelend erkend. De door hen verleende zorg werd voor de verzekerden onder beperkende voorwaarden in het verstrekkingenpakket opgenomen, maar zij werden wel zorgvuldig buiten het bestuur en de uitkering van de winsten gehouden. De leden van de Vereeniging weigerden ook medewerkers van Ziekenzorg tot hun kring toe te laten.¹⁸⁵

De Vereeniging onthield zich na de instelling van de erkenningslijst van de afdeling Utrecht van conflicten met de andere ziekenfondsen Ziekenzorg en Liduina. Zij hadden voldoende aan hun eigen fondsen, zowel financieel als voor hun behoefte aan invloed. De verzekerden hadden bij de Voorzorg en Hulp bij ziekte niets in te brengen, behalve hun premie. De ideeën die bij de NMG op landelijk niveau over bestuursrechten voor verzekerden werden ontwikkeld vielen bij de Utrechtse artsen en apothekers als zaad in barre grond. De verstrekkingenpakketten werden maar langzaam uitgebreid met tandheelkundige zorg en poliklinische specialistische hulp. Dit ging moeizaam, maar de algemeen artsen moesten onder de concurrentiedruk van Ziekenzorg en de medische ontwikkelingen de specialisten en de tandartsen wel accepteren.

De onderling beheerde fondsen Liduina en Ziekenzorg

Tegenover de manier waarop de artsen en apothekers met hun Vereeniging, de Voorzorg en Hulp bij Ziekte de ziekenfondsverzekering benaderden stond die van de besturen van de arbeidersfondsen Liduina en Ziekenzorg.

De ontwikkeling van het katholieke ziekenfonds Liduina verliep uiterst vredig. De grootste klacht van de secretaris van Liduina betrof altijd het slechte bezoek van de ledenvergaderingen. Daarnaast mopperde hij vaak over de leden die hun adreswijzigingen nooit doorgaven. De man luchtte zijn gemoed in het jaarverslag over 1910: *nog een groot werk voor de secretares het aan schrijven van verschillede leede. Welk adressen soms zeer moeilijk te vinde. Zijn hopen de bij verhuize u naam en*

*adres duidelijk op te geven welk anders een onnodige kosten opleverd voor het vons en een zeer moeilijke taak voor den penninmeester.*¹⁸⁶ De problemen met mutaties bij de ledenadministratie zijn in 1910 niet anders dan in 1997!

Voor Liduina zijn alleen uit 1906 cijfers over de ledenaantallen bekend: 165 huisgezinnen met 364 mannelijke en 417 vrouwelijke leden en 423 kinderen.¹⁸⁷ Ieder boekjaar werd afgesloten met een batig saldo, gemiddeld f 35. In 1912 werden gegevens over verstrekkingen in het jaarverslag vermeld:

- kunst- en hulpmiddelen: 20 bevallingen, 20 maal melk, 22 uitkeringen bij bevallingen, 12 maal ziekenvervoer per rijtuig, 40 brillen, 5 enkele breukbanden, 8 druppelaars, 3 paar platvoetzolen, 1 lendegordel, 1 *rugreghouwer*.

- verplegingsartikelen: 1 cilinderspuit, 1 steekpan, 1 *regeleteur*, 1 ijszak;

- 5.040 visites van doktoren;

- recepten van apothekers: 4.688.

Liduina bleef als klein katholiek ziekenfonds onopgemerkt tussen de andere fondsen. Het fonds was erkend door de afdeling Utrecht, en de invloed van de verzuiling op het Utrechts maatschappelijk leven was niet zo groot, dat het als onderling beheerd katholiek ziekenfonds in conflict zou komen met de niet-verzuilde artsen. Ziekenzorg viel meer op. Het fonds groeide gestaag tot het na de Voorzorg het grootste fonds in Utrecht was. Het bestuur had door de plaats op de erkenningslijst in 1905 geen moeite medewerkers aan te trekken.

Het Ziekenzorgbestuur en zijn artsen: betaling op abonnement of per verrichting?

De verhouding tussen de medewerkers en het Ziekenzorgbestuur was af en toe flink gespannen. Het bestuur besliste over de arbeidsvoorwaarden, het aantal medewerkers en de manier van honoreren. Ziekenzorg bleef vasthouden aan betaling volgens het verrichtingenstelsel, waarvan verwacht werd dat het het doktersbezoek en medicijngebruik van de leden zou beperken, terwijl de artsen er nadeel van ondervonden en riepen om een abonnementshonorarium. Zelfs dokter Stants, die de principes van Ziekenzorg door dik en dun steunde, wilde in 1909 betaling op abonnement.¹⁸⁸ De artsen konden niet verhinderen dat de medische consumptie door de leden steeds groter werd, terwijl zij door de betaling per verrichting voor 700 visites 1/3 minder voor hun werk ontvingen dan bij een abonnementstarief.

Secretaris Van de Kamp vond de invoering van het abonnementshonorarium voor Ziekenzorg principieel onaanvaardbaar en volgens hem moesten de medewerkers hun financiële problemen zelf regelen. De apothekers waren daarom bereid hun aandeel in de honoraria te verlagen van 36% naar 33% van de contributieopbrengsten om het percentage van de artsen te verhogen naar 33%.¹⁸⁹ Administrateur Groenberg wilde helpen door de medewerkersadministratie nauwkeuriger bij te houden. In het vervolg zouden de recepten ter controle worden geteld en kregen de doktoren boekjes om hun visites in te noteren.

De honorariumproblemen waren daarmee niet opgelost. In 1910 klaagden de apothekers Rauwerda en Mekel over hun betaling.¹⁹⁰ Zij wilden hun oude percentage terug en kregen daarbij instemming van Stants, die toch weer de invoering van het abonnementshonorarium suggereerde om van alle problemen af te zijn. Op 3 mei 1910 besloot het bestuur daarom zelf de verdelingspercentages vast te stellen.¹⁹¹ De artsen zouden 32% en de apothekers 34% krijgen. Voorzitter Van Schaik vond dat de artsen deze financiële achteruitgang aan zichzelf te wijten hadden. Vooral Stants en Henriëtte Graanboom-von Falkenstein schreven te gul voor. Bestuurslid Holt suggereerde om voor de betaling van betere honoraria de weekpremie met 5 cent te verhogen, maar hij kreeg geen bijval: de meeste leden waren niet in de ideologische achtergrond van Ziekenzorg geïnteresseerd en zouden zich zelfs voor maar een cent verhoging laten schrappen.

Volgens Stants was de concurrentie van de andere fondsen de zondebok voor de slechte honoraria en te lage premies. Het had geen zin de contributie te verhogen voor de mensen die het meeste slikten, want dit waren meestal grote gezinnen die de medische zorg het hardste nodig hadden. Het abonnementstelsel werd tot zijn ongenoegen opnieuw door het bestuur afgewezen. Als tegenactie probeerde hij de ongunstige werking van het verrichtingensysteem aan te tonen door erop te wijzen dat zij collega Henriëtte Graanboom bij verzekeren ongevraagde visites aflegde en deze als verrichting declareerde. Deze manoeuvre van Stants liep uit de hand, want het bestuur benoemde een commissie die deze zaak als fraudekwesitie zou onderzoeken.

Dit geval bleef op de achtergrond sluimeren totdat Graanboom op 23 december 1910 met administrateur Groenberg ruzie kreeg over haar jaarafrekening.¹⁹² Deze ruzie escaleerde tot een conflict tussen de arts en het bestuur over haar voorschrijfgedrag. Men verweet haar te veel recepten uit te schrijven, terwijl dit volgens haar een gevolg was van de samenstelling van haar praktijk. Deze bestond voor een groot deel uit grote gezinnen met veel kinderen en veel zieken, vooral als gevolg van

een diarree-epidemie. Het conflict liep uit op ruzie tussen het bestuur en haar patiënten, die haar op handen droegen. De kwestie werd uiteindelijk geregeld door bemiddeling door de NMG, maar Graanboom nam in 1912 ontslag bij Ziekenzorg en richtte het concurrerende ziekenfonds Helpt Elkander op. Het bestuur van Ziekenzorg bleef ondanks deze kwestie-Graanboom weigeren te denken over het abonnementenstelsel.

Als vervanger voor Henriëtte Graanboom werd in december 1912 de Steenwijkse arts J.F. ten Cate aangetrokken. Met Ten Cate werd voor de eerste maal een contract gesloten, waarin het een arts verboden werd voor de andere Utrechtse ziekenfondsen te werken. Ziekenzorg was in december 1912 zo groot dat het zelfstandig meerdere artsen kon onderhouden en hun een garantie-inkomen kon geven. De oudere artsen Stants, Bouvé, Levis en Samson hadden geen contract. Ten Cate kreeg een gegarandeerde praktijk van 2.500 patiënten en een rechtspositie.

Het Ziekenzorgbestuur was in 1912 van mening dat de specialistische hulp moest worden verbeterd door de verzekerden alternatieven te bieden voor de Kliniek of de Universiteitsklinieken.¹⁹³ In 1913 werden met diverse specialisten overeenkomsten gesloten voor de behandeling van Ziekenzorgverzekerden in hun eigen praktijk en niet in een polikliniek.¹⁹⁴ Deze artsen werden gecontracteerd op basis van betaling per verrichting. De verzekerden werden naar algemeen gebruik verwezen door hun huisarts.

Van de Utrechtse fondsen leverde Ziekenzorg hiermee de beste specialistische hulp. De verzekerden hoefden niet de hele dag meer op hun nummertje in de poliklinieken te wachten, maar konden op een normaal spreekuur bij deze specialisten terecht, terwijl het fonds door de verwijzing en de betaling per verrichting toch een zekere controle over het bezoek hield. De specialisten waren duidelijk in de overeenkomsten met Ziekenzorg geïnteresseerd, want zij hadden hun contracten binnen een dag getekend. De kosten van deze specialistische hulp bleken niet veel hoger dan van de tot dan toe vergoede hulp. De contributies werden niet verhoogd, hoewel Ziekenzorg ieder jaar maar een klein batig saldo had. De Vereniging weigerde op dit initiatief te reageren. De verzekerden van de Voorzorg en Hulp bij Ziekte moesten maar gewoon naar de gebruikelijke klinieken.

Ziekenzorg was een actief fonds, ook buiten de eigen kring. Het was bereid te helpen bij humanitaire acties en de arbeiders gratis medische hulp te vergoeden bij stakingen.¹⁹⁵ De medewerkers accepteerden de beperkte vrije artsenuitvoering en, onder veel gemor, de betaling per verrichting. Omdat het fonds zelf geen strijd hoefde te leveren tegen de Utrechtse artsen en apothekers kon het reageren op de landelijke ontwikkelingen in de ziekenfondskwestie door mankracht en steun te leveren voor de oprichting van de Landelijke Federatie van de onderling beheerde ziekenfondsen.

Het begin van de Eerste Wereldoorlog en de Ziekenfondsencommissie

Veel Utrechtse gezinnen verloren door de mobilisatie van de gezinshoofden in augustus 1914 een groot deel van hun inkomsten en konden de ziekenfondspremie niet meer betalen. De fondsbesturen reageerden ieder op hun eigen wijze.

Het bestuur van Hulp bij Ziekte besloot in augustus 1914 een controleur aan te stellen en erkende wanbetalers in het vervolg te royeren. De honoraria zouden worden gegarandeerd doordat de achterstallige contributie door opnames uit het reservefonds werden gecompenseerd.¹⁹⁶

Kosten van een verzekerde bij Hulp bij Ziekte per half jaar in 1914

Doktershonorarium	f 1,20
Apothekerskosten	1,125
Directeur	0,21
Agent	0,39
Totaal	2,915

Ziekenzorg kreeg in september 1914 met de financiële problemen van haar verzekerden te maken, toen J. Fopman als gemobiliseerde om kwijtschelding van contributie vroeg.¹⁹⁷ Het bestuur kon daar tot zijn spijt niet op ingaan. Als het dit bij alle leden met financiële moeilijkheden zou doen ging het fonds failliet. Gemobiliseerden konden wel uitstel van betaling krijgen.

Uiteindelijk kregen alle ziekenfondsen met deze problemen te maken en wat de Nederlandse regering niet voor elkaar kreeg, lukte door de oorlogsomstandigheden wel. De Utrechtse ziekenfondsen

besloten in november 1914 in verband met de oorlogssituatie en de mobilisatie in een Ziekenfondsencommissie samen te werken.¹⁹⁸ De eerste gemeenschappelijke Utrechtse ziekenfondsorganisatie was geboren.

Deze commissie moest een lijst met wanbetalers bijhouden om te voorkomen dat deze van het ene fonds naar het andere fonds zouden overstappen. De aangesloten fondsen verplichtten zich de verzekerden die wegens de mobilisatie of werkloosheid hun contributie niet konden voldoen, uitstel van betaling te geven. In juli 1915 werd besloten voor de onkosten van de administratie om per fonds een cent per lid per jaar te storten. Elk fonds zou wekelijks de namen van de uitgeschreven leden doorgeven.

Alleen Hulp bij Ziekte weigerde haar medewerking omdat ze inzage in de boeken moest geven.¹⁹⁹ Ze wilde wel de voordelen van de Ziekenfondsencommissie genieten, maar niet delen in de kosten van de administratie. Het collega-bestuur van de Voorzorg bleef erop aandringen, want het succes van de commissie stond of viel met de samenwerking van alle Utrechtse fondsen.²⁰⁰ Uiteindelijk gaf Hulp bij Ziekte toe om maar *van het geleuter af te koomen*.²⁰¹

De Ziekenfondsencommissie functioneerde tot ieders tevredenheid.²⁰² De harmonie was zo groot dat de besturen van de Voorzorg en Ziekenzorg wilden praten over verdere samenwerking, met name voor de gelijkshakeling van de contributie en de mogelijkheden voor verruiming van de honoraria, vooral voor de apothekers. De prijzen van de geneesmiddelen stegen sterk en zij gingen in inkomsten achteruit.²⁰³ Dokter Ten Cate had bij het Ziekenzorgbestuur aangedrongen om te denken aan aanpassing van de honoraria, en gezien de bijzondere omstandigheden was dit hiertoe bereid, maar het wilde niet in een concurrentieslag met de andere fondsen raken.²⁰⁴

Onderhandelingen van Ziekenzorg met de artsen en de apothekers over samenwerking

De besturen van Ziekenzorg en van de afdeling Utrecht corresponderden in 1916 over de hoogte van een voor de stad Utrecht in te voeren welstandsgrens.²⁰⁵ Ziekenzorg wilde haar statuten aanpassen door de invoering van een welstandsgrens van *f* 1.500 voor gezinnen en *f* 1.000 voor alleenstaanden. De Vereniging wilde deze grenzen ook, maar de afdeling wilde zich aanpassen aan de NMG-normen van *f* 1.200 en *f* 800. Het Ziekenzorgbestuur en de Vereniging vonden deze bedragen te laag. Een Utrechts gezin met een inkomen vlak boven deze grenzen, de middenklasse, kon zich in deze dure oorlogsjaren geen medische behandeling veroorloven en evenmin geneesmiddelen betalen. Ook voor de medici mochten deze grenzen niet te laag gesteld worden, omdat gezinnen daardoor te lang zouden wachten met het inroepen van geneeskundige hulp.

Het fonds was bereid de NMG tegemoet te komen door de Maatschappijnormen te aanvaarden, maar wilde voor ieder kind de gezinsgrens verhogen met *f* 75 tot een maximum van *f* 1.500. Dit waren ook de maxima, genoemd in het wetsontwerp-Traub, en de bedragen, die gehanteerd werden door de Rijksverzekeringsbank. De besturen van de Vereniging en van Ziekenzorg probeerden aan de hand van dit voorstel tot een gemeenschappelijke welstandsgrens te komen.

De leden van het bestuur van Hulp bij Ziekte konden echter hun weerzin tegen Ziekenzorg niet overwinnen en probeerden de collega's van de Voorzorg te dwarsbomen door in juni 1916 de zaak aan de afdeling Utrecht voor te leggen. Het gevolg was dat de NMG zich met de kwestie ging bemoeien.²⁰⁶

De Vereniging kreeg een brief van de afdelingsraad met de mededeling dat de leden van de afdeling met een ziekenfondspraktijk niet mochten meewerken aan een samenwerking van Voorzorg en Ziekenzorg, totdat het bestuur van de CO en de afdeling over deze kwestie een advies hadden uitgebracht.

De meeste artsen en apothekers van de Vereniging voelden dit als een inmenging van de NMG in hun zaken. Apotheker Sleeswijk vond dit onjuist. De Vereniging en Ziekenzorg voerden hun gesprekken niet om Hulp bij Ziekte als ziekenfonds te dwarsbomen, maar juist om de belangen van de medewerkers te behartigen.²⁰⁷ Hij had er geen bezwaar tegen dat de afdelingsraad zich voor de onderhandelingen zou inzetten en zou er zelfs de voorkeur aan geven als de Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen zou worden ingeschakeld, want de gesprekken konden best wel eens leiden tot het afsluiten van een collectief contract tussen de Utrechtse ziekenfondsen en de medewerkers. Zo'n contract zou toch moeten worden goedgekeurd door de NMG, de NMP en de Federatie.

De artsen en apothekers van de Vereniging waren gevoelig voor de argumenten van Sleeswijk en besloten de onderhandelingen, die zij zelf met Ziekenzorg waren begonnen, uit te stellen tot het advies van de Centrale Organisatie en van het Centraal Bureau van de NMP was ingewonnen.

Sommige leden hadden daar moeite mee. Sleeswijks collega Olland vond dat zij het initiatief moesten blijven houden. De Vereniging bestond al vele jaren en had haar reputatie hoog te houden. In Den

Haag werd nu pas een dergelijke vereniging van artsen en apothekers opgericht; de Utrechtse Vereniging moest als plaatselijke belangenvereniging het landelijk voorbeeld blijven geven. De apothekers waren bang dat Ziekenzorg door het uitstel van de onderhandelingen haar oude plannen voor de oprichting van een Centraal Apotheek weer uit de kast zou halen, met een nieuw conflict na jaren van rust als gevolg.

De collectieve belangen van de artsen en apothekers werden nu eens hoger gesteld dan de persoonlijke financiën. De onderhandelingen voor samenwerking tussen de Vereniging, de Voorzorg en Ziekenzorg werden onderhandelingen voor het afsluiten van een collectief contract tussen de Utrechtse ziekenfondsen, de NMG en de NMP.

De contractonderhandelingen: over vrije artsenkeuze, premiehoogte en honoraria

Tjeenk Willink, de Zeister huisarts en verdediger van de NMG-ideologie en in 1916 voorzitter van de afdelingsraad, nodigde de besturen van Voorzorg, Ziekenzorg en Hulp bij Ziekte in november 1916 uit voor een gesprek. Hij deed voorstellen voor gelijkstelling voor alle Utrechtse fondsen door:²⁰⁸

- de invoering van onbeperkte vrije apothekers- en artsenkeuze;
- de instelling van een welstandsgrens volgens het Ziekenzorg-voorstel van februari 1916 op f 1.200 voor gehuwden met toeslagen voor ieder kind tot een maximum van f 1.500;
- een uniforme contributie van 30 cent voor gezinnen en 15 cent voor alleenstaanden. De leeftijdsgrens voor niet-betalende kinderen zou net als bij Ziekenzorg op 16 jaar worden gezet;
- de algemene invoering van abonnementshonoraria.

De suggesties van Tjeenk Willink vormden het eerste voorstel voor een gemeenschappelijke regeling van de ziekenfondsverzekering in de stad Utrecht. Het was een redelijk compromis tussen de principes van de artsen en de apothekers over vrije artsenkeuze, honoraria en de ideeën van Ziekenzorg over premies en de welstandsgrens, maar het werd niet onverdeeld enthousiast ontvangen.

Het bestuur van Hulp bij Ziekte stond nogal sceptisch tegenover het gedane voorstel. De arts Das vond de *heele affaire een doodgeboren kindje*. De premies konden volgens hem niet worden verhoogd, want de kosten van het levensonderhoud van de verzekerden waren door de oorlog te sterk gestegen. Bij Hulp bij Ziekte waren de premies in 1894 voor het laatst aangepast en dat had toen leden gekost. Als de contributies toch werden verhoogd, dan moesten ook maar de honoraria omhoog. Das zou Hulp bij Ziekte met dit voorstel op de eerste vergadering voor de onderhandelingen voor het contract vertegenwoordigen.

Het Ziekenzorgbestuur was er niet gelukkig mee dat andere fondsen als Liduina, Wijkbelang en de commerciële fondsen het Nederlandsch Algemeen Ziekenfonds, het NAZ, en het Rotterdamsch Ziekenfonds, het RZ, niet bij de onderhandelingen betrokken werden. De voorstellen voor de contributie en de welstandsgrens werden wel geaccepteerd.

De partijen werden het tijdens het gesprek van november 1916 eens over de voorstellen van Tjeenk Willink en zij besloten om de andere fondsen aan de onderhandelingen deel te laten nemen. De overeenkomst zou na de oorlog van kracht worden. De fondsen en de Vereniging besloten verder met ingang van 1 februari 1917 de Ziekenfondsencommissie op te heffen.²⁰⁹ De commissie had niet alleen haar diensten bewezen als gemeenschappelijk administratief orgaan, maar de partijen hadden door de commissie ook leren samenwerken en zich bereid getoond tot overleg.

Het bestuur van Ziekenzorg maakte bij de onderhandelingen voor het collectieve contract een draai van 180 graden door de vrije medewerkerskeuze en het abonnementshonorarium te accepteren in plaats van het verrichtingstelsel en de toepassing van de beperkte artsen- en apothekerskeuze.²¹⁰ Men kon niet anders. Van Schaik en de zijnen waren nog steeds voorstander van het verrichtingstelsel als methode om de kosten van de medische consumptie in toom te houden, maar het Amsterdamse Ziekenzorg had bij het afsluiten van het collectieve contract in die plaats ook het abonnementshonorarium geaccepteerd.²¹¹ Dit fonds was altijd de grootste voorvechter geweest van het verrichtingstelsel. De Landelijke Federatie streefde naar uniformiteit bij het afsluiten van deze contracten en het Utrechtse Ziekenzorg moest zich daarbij aanpassen.

Het aanvaarden van de vrije artsen- en apothekerskeuze was voor de NMG-afdeling een absolute voorwaarde om met de gesprekken verder te gaan. Ziekenzorg had dringend nieuwe artsen nodig en door het afsluiten van het contract zouden de verzekerden kunnen kiezen wie zij wilden. Het bestuur was daarom bereid te accepteren dat het de eigen controle, die het had op de aanstelling en het werk van de medewerkers, moest opgeven voor de in de vorm van een NMG-contract gestelde algemene voorwaarden. Ziekenzorg had op 29 januari 1916 al haar steun betuigd aan de Landelijke Federatie toen deze zich wilde inspannen voor de invoer van vrije artsenkeuze in het ziekteverzekeringswetsontwerp-Traub. De Federatie had verklaard dat alle artsen met een

fondspraktijk zich aan alle fondsen in hun werkgebied moesten kunnen verbinden en dat de beëindiging van een fondspraktijk voor alle fondsen tegelijk moest gelden. Dit moest de concurrentie tussen de fondsen tegengaan.²¹²

Het was dan ook niet Ziekenzorg dat bij de afronding van de overeenkomst moeilijkheden maakte, maar de NMG-afdeling zelf. Het contract had in maart 1917 getekend moeten worden, maar Tjeenk Willink en de zijnen kwamen met nieuwe premie- en honorariumeisen. De poliklinische specialistische hulp kwam nu ook voor het eerst ter sprake.²¹³ Voor een kliniekaart, geldig voor een maand, wilden de artsen een gulden rekenen. De honoraria die nu door de NMG en de NMP geëist werden, waren voor de huisartsen *f* 2,85, ongeveer 35% van de bruto premieopbrengst en voor de apothekers 21% van de premie-opbrengst, plus de kosten van de inkoop en van de emballage. De contributies zouden hierbij gemiddeld met 3 cent per week moeten worden verhoogd en de incassolonen van de bodes worden verlaagd van 10% naar 8%.²¹⁴

Van Schaik had zich hier met zijn collega van Liduina, Severijn, tegen verzet. Zij vonden dat er ruggespraak gehouden had moeten worden met de ziekenfondsen, voordat de artsen en apothekers deze eisen op tafel hadden gelegd. Niet alle fondsen wilden met deze eisen instemmen. Het ziekenfonds De Liefde had al verklaard dat het de contributie dan zou verlagen om daarmee de andere fondsen te beconcurreren en leden naar zich toe te trekken. Het contract zou dan geen enkele zin hebben.

Het Ziekenzorgbestuur bleef bij de voorstellen van november 1916. In Amsterdam kregen de artsen een honorarium van *f* 2,35 per jaar en volgens de NMG-ideeën van maart 1917 zouden de Utrechtse artsen *f* 2,85 krijgen. Ziekenzorgmedewerker Ten Cate vond als huisarts dat een geleidelijke honorariumverhoging toch wel redelijk was, want de Utrechtse artsen hadden al vele jaren geen aanpassing van hun traktement gehad. Stants en Van Schaik hadden een andere mening. De eisen van de NMG werden volgens hem te veel afgewenteld op het budget van het arbeidersgezin. Voor dergelijke verhogingen moesten betere tijden worden afgewacht.

De onderhandelingen tussen de NMG, de NMP en de Utrechtse ziekenfondsen gingen voorlopig nog door. In mei 1917 waren de concepten voor de overeenkomst klaar en zouden naar de specialisten, de artsen en de apothekers worden gestuurd. De besprekingen waren officieel gevoerd door Cohen namens de CO van de NMG, Van Itallie voor het CB van de NMP en de specialist Brongerwerf. De huisartsen van de Vereeniging stonden argwanend tegenover het betrekken van de specialisten bij de contractonderhandelingen, maar gaven toe dat de overeenkomst niet zonder hen kon worden afgesloten.²¹⁵

Het afsluiten van de overeenkomst leek een kwestie van tijd, totdat de verhouding met Ziekenzorg in mei werd verstoord door eigenmachtig handelen van Cohen. Het bestuur van het fonds wilde twee artsen contracteren, die zich echter onverwacht terugtrokken. Zij hadden te horen gekregen dat Ziekenzorg geen door de NMG erkend fonds zou zijn, terwijl het al sinds 1905 op de erkenningslijst van de afdeling stond en het voldeed aan de eisen van de algemeen bindende besluiten van 1912 en 1913. Cohen had aan deze artsen verzocht de onderhandelingen voor de collectieve overeenkomst af te wachten alvorens met het fonds in zee te gaan. Ziekenzorg was volgens hem van de erkenningslijst afgevoerd.²¹⁶

Van Schaik en de zijnen voelden zich door deze onverwachte manoeuvre zo aan de kant gezet dat zij op 2 juni de NMG-afdeling berichtten af te zien van verdere onderhandelingen. Stants en Ten Cate vonden de houding van de CO schandalig en wilden een onderhoud met Cohen. Van Schaik maakte de zaak bij Tjeenk Willink aanhangig en schortte formeel de onderhandelingen met de Voorzorg en Hulp bij Ziekte op.²¹⁷

Dit was voldoende om de onderhandelingen weer in het gareel te krijgen. Cohen had volledig op eigen houtje gehandeld om te proberen Ziekenzorg buiten spel te zetten. Zowel de NMG-afdeling als de andere fondsen deelden mee van een dergelijk CO-besluit niets te weten en onder druk van Tjeenk Willink berichtte het Hoofdbestuur van de NMG dat het geen bezwaar had tegen de samenwerking tussen de Ziekenzorg en de artsen.²¹⁸ Zij wensten niet dat de CO zich boven de afdeling Utrecht plaatste en zich bemoeide met de besluiten, die door de medewerkers van de andere ziekenfondsen zelf genomen werden.²¹⁹ Cohen werd dus teruggefloten en bood maar zijn excuses aan. Het conceptcontract werd op 9 juli 1917 door het bestuur van Ziekenzorg besproken. Voorzorg en Hulp bij Ziekte hadden dit al eerder gedaan.²²⁰

De contractonderhandelingen: niet-NMG-leden en eventuele Maatschappijfondsen

Besproken, maar nog niet aangenomen. De verhoudingen tussen de georganiseerde artsen, de apothekers en Ziekenzorg werden steeds moeizamer.

Er waren nog twee principiële geschilpunten opgedoken. Artikel 1 van het contract betrof de vrije artskeuze: alle te goede naam en faam bekend staande artsen konden zich aan de Utrechtse ziekenfondsen verbinden. Stants en Van Schaik wilden dat dit artikel zou worden aangevuld met *ook niet-leden der Maatschappij*.²²¹ Stants was geen NMG-lid en Ziekenzorg wilde in geval van nood niet-georganiseerde artsen kunnen aan trekken. Van Schaik wilde in het contract nog een bepaling opnemen dat voor de duur van de overeenkomst in Utrecht geen Maatschappijfonds zou worden opgericht om concurrentie en ongewenste druk op Ziekenzorg te voorkomen.

Van Schaik vond deze voorwaarden voor Ziekenzorg van levensbelang, maar zij bleken voor de artsen en apothekers van de Vereeniging onaanvaardbaar. Op 30 oktober probeerden Van Schaik, Cohen, Tjeenk Willink, Van Itallie, Staal en Sleeswijk uit deze impasse te komen, maar de tegenstellingen bleken voorlopig niet te overbruggen.²²²

Het gevolg was verschil van mening tussen de NMG-artsen en de NMP-apothekers van Ziekenzorg, Stants en het bestuur. Ten Cate, zijn drie NMG-collega's en de NMP-apothekers kozen voor het standpunt van hun belangenorganisaties, hoewel zij oorspronkelijk voor de twee amendementen van Ziekenzorg hadden gestemd. Zij waren bang geworden dat door het handhaven van deze twee punten het afsluiten van het collectief contract alsnog zou afspringen, waardoor de verhoging van hun honoraria niet door zou gaan.²²³ Hun tweede grief was dat zij zich door het bestuur gepasseerd voelden. Van Schaik had het bestuur van de Vereeniging uitgenodigd te willen praten over een verbetering van de contributieregeling zonder de NMG.²²⁴ Hij bleek bereid om bij een eventueel afhaken van de CO net als in 1916 zelf te gaan onderhandelen met Voorzorg en Hulp bij Ziekte voor gelijke contributie en het wederzijds afsluiten van medewerkersovereenkomsten.

Van Schaik had bij de Vereeniging een zonderlinge indruk gewekt.²²⁵ In juli had hij zonder nadenken ingestemd met het verplichte NMG- en NMP-lidmaatschap van alle artsen en apothekers die onder de overeenkomst zouden vallen, terwijl hij wist dat een deel van zijn medewerkers niet-georganiseerd was. Hij was ook nog akkoord gegaan met de in het contract voorgestelde contributieverhoging, terwijl de beheerskosten bij Ziekenzorg lager lagen dan bij de andere fondsen en die verhoging eigenlijk niet nodig was.

De Ziekenzorgmedewerkers wilden zich, met uitzondering van Stants, als gevolg van het geschil met hun bestuur voor een medewerkschap en als lid van de Vereeniging bij Voorzorg en Hulp bij Ziekte aanmelden. De Vereeniging accepteerde echter alleen Ten Cate, want die had zijn overeenkomst met Ziekenzorg opgezegd. De andere artsen en de apothekers werden geweigerd omdat zij dit niet hadden gedaan.

De onderhandelingen zaten muurvast. Ziekenzorg bleef zijn medewerkers houden door de weigering van de Vereeniging. Voorzorg en Hulp bij Ziekte wilden niet zonder de CO en de afdelingsraad onderhandelen. De afdeling Utrecht dreigde Ziekenzorg zelfs wegens haar weerspannige houding van de erkenningslijst af te voeren, maar kon dit formeel niet. Ziekenzorg was een voor 1912 erkend fonds en had sindsdien zijn statuten niet gewijzigd. Ze voldeed nog aan alle voorwaarden.²²⁶ De andere Utrechtse ziekenfondsen als Liduina en het RZ speelden bij de problemen tussen Ziekenzorg, de afdeling en de Vereeniging geen rol.²²⁷

De zaak werd uiteindelijk geregeld door bemiddeling van de Landelijke Federatie: het roemruchte artikel 1 werd voor de Ziekenzorgmedewerkers aangepast, doordat al eerder gecontracteerde medewerkers niet verplicht lid hoefden te zijn van de koepelorganisaties.²²⁸ De eerste Utrechtse collectieve ziekenfondsovereenkomst kon op 13 mei 1918 eindelijk door Ziekenzorg worden aangenomen.

De contractonderhandelingen: Liduina en de NMG

Liduina werd in 1917 bij de onderhandelingen gesteund door de Landelijke Commissie ter behartiging van het R.K.-Ziekenfondswezen. Het fonds had in tegenstelling tot Ziekenzorg geen problemen met de medewerkers, maar wel met de toepassing van de moraalclausule. De Landelijke Commissie had in 1917 de NMG gevraagd haar standpunt te bepalen over de moraalclausule, maar kreeg van de artsorganisatie geen reactie. Liduina kon de collectieve overeenkomst niet tekenen zonder dat de Landelijke Commissie haar oordeel over de morele kant van de contracten had gegeven, en de commissie weigerde dit te doen zonder een uitspraak over de moraalclausule van de NMG.²²⁹

Het probleem werd opgelost doordat Severijn, de secretaris van Liduina, aan het hoofdbestuur van de NMG de uitspraak wist te ontlokken dat de NMG-artsen zelf verantwoordelijk waren voor hun verbintenis met fondsen, die als onderafdelingen van werkliedenverenigingen werkten. Hierdoor hoefde het fonds niet te wachten op de landelijke regeling van de moraalkwesitie, want de Utrechtse

artsen werden nu persoonlijk verantwoordelijk gesteld voor hun relatie met het rooms-katholieke ziekenfonds. De Landelijke Commissie stemde in maart 1918 met deze oplossing in. Liduina tekende in juni 1918 het contract en Ziekenzorg in juli. De overeenkomst ging op 1 juli 1918 in, met uitzondering van de artikelen betreffende de specialisten. De NMG liet nog op zich wachten.

De contractonderhandelingen: CO, CV en de Utrechtse specialisten

Het afsluiten van de Utrechtse collectieve overeenkomst betrof niet alleen het regelen van de verhoudingen tussen de ziekenfondsen, de Vereeniging, de NMP en de NMG, maar ook die tussen de ziekenfondsen en de specialisten. In Utrecht werd dit nog wat ingewikkelder door de rol van de klinieken en de poliklinieken van de universiteit.

De fondsen en de specialisten waren in mei 1917 de voorwaarden voor de specialistische hulp overeengekomen: het tarief van de maandkaart, f 1,50, en de verwijzing door de huisarts naar een specialist van de keuze van de patiënt.²³⁰ De kosten voor specialistische hulp, verstrekt door de hoogleraren, kwamen voor rekening van het Rijk en niet voor de ziekenfondsen. De professoren hadden de status van ambtenaren en de zorg van de medische faculteit werd als onderwijs beschouwd. De universiteitspoliklinieken werden voor de verwijzing wel als reguliere klinieken op de maandkaart vermeld. Hun receptuur werd door de ziekenfondsen betaald als het recept was geparafeerd door de huisarts.²³¹

De NMG had de Utrechtse overeenkomst in augustus 1918 nog steeds niet goedgekeurd. Er was een merkwaardige, maar nare situatie ontstaan. Het hoofdbestuur stemde met de conceptcontracten van mei 1917 in, de CO keurde ze goed, de Utrechtse huisartsen en specialisten waren het op een afdelingsvergadering met elkaar eens geworden, alleen de Centrale Vertegenwoordiging van de specialisten, de CV, zelf wees de contracten af.²³² De voorzitter van de CV, H. Brongersma, verklaarde dat het contract wel de verhoudingen tussen de hoogleraren van de medische faculteit en de specialistenpoliklinieken regelde, maar dat de hoogleraren in Utrecht zelf van mening verschilden. Een paar voelden zich te weinig bij de onderhandelingen betrokken en bij de onderhandelingen over het contract in Amsterdam was er *al zoveel herrie ontstaan, dat de professoren de NMG willen verlaten*.

Het ging hem echter niet om de problemen van de Utrechtse hoogleraren, maar om het geschil huisartsen-specialisten. Collectieve overeenkomsten moesten voor wat de specialisten betreft worden goedgekeurd door de CV, maar het Hoofdbestuur wilde de overeenkomst goedkeuren voordat de CV haar oordeel had gegeven. Dit deed zij niet voordat de problemen tussen de hoogleraren waren opgelost. De CV voelde zich daardoor gepasseerd.

Brongersma kaartte het probleem aan op de vergadering van het Hoofdbestuur van 29 en 30 juni 1918.²³³ Dit overleg liep uit op een welles-nietes spelletje over de vrijheden in woord en geschrift, die de CV zich volgens het hoofdbestuur veroorloofde bij de verdediging van de specialistenstrijd en het leidde tot een discussie over de interpretatie van de algemeen bindende besluiten en de toepassing op de collectieve overeenkomsten. Inmiddels hadden de Utrechtse hoogleraren en specialisten hun onderlinge problemen al uitgepraat, zonder de bemiddeling van de CV en tot woede van Brongersma, die zich gepasseerd voelde.

De Utrechtse artsen hadden echter geen tijd om op de CV te wachten. De overeenkomst was voor hen te belangrijk door de grote financiële gevolgen van de honorariumregelingen en de premieverhoging, waarvoor de mededelingen al naar de kranten waren gestuurd. De Utrechtse hoogleraren hadden meermalen schriftelijk laten weten dat zij de CV wegens zijn bemoeizucht niet konden luchten of zien.²³⁴ De ziekenfondsen hadden de voorwaarden voor de specialistische hulp immers al lang goedgekeurd. De overeenkomst moest met terugwerkende kracht per 1 juli 1918 ingaan.

Het hoofdbestuur probeerde het probleem op te lossen door in het huishoudelijk reglement van de NMG een bepaling te wijzigen, opdat dit bestuur besluiten kon nemen *ter wille van de belangen van een minderheid* zonder dat het een raad van beroep moest horen. Die raad van beroep was in dit geval de CV. Het hoofdbestuur legde dit voorstel voor aan de Algemene Vergadering van 27 en 28 augustus 1918.²³⁵ Op deze Algemene Vergadering werd nogal nijdig op het aandringen van Brongersma gereageerd. De artsen hadden gehoopt dat door de bindende besluiten over de CO en de CV van mei 1918 de specialistenkwestie landelijk geregeld was en nu kwam de man weer met een competentiekwestie. De vergadering steunde het voorstel van het hoofdbestuur en Brongersma haalde bakzeil. De Utrechtse ziekenfondsovereenkomst kon eindelijk ingaan, maar de overeenkomst werd door de handelwijze van de CV voor de specialisten pas op 1 mei 1919 van kracht.²³⁶

De overeenkomst en haar betekenis

Door de invoering van de collectieve overeenkomst werd de ziekenfondsverzekering voor de stad Utrecht voor de eerste maal uniform geregeld. Het was een totaalovereenkomst, niet opgedeeld in afzonderlijke overeenkomsten voor huisartsen, specialisten en apothekers. De belangrijkste punten waren:²³⁷

- een looptijd van vijf jaar;
- doorvoering van de vrije artsen- en apothekerskeuze. Iedere medewerker kon zich bij ieder ziekenfonds aanmelden, waarbij de fondsen gehouden waren hen als medewerker van *goede naam en faam* een overeenkomst te geven. 24 huisartsen en 18 apothekers werden als medewerker gecontracteerd door Liduina, Ziekenzorg, het RZ, Voorzorg, Hulp bij Ziekte en het NAZ;
- de rechtspositie van de medewerkers was door standaardovereenkomsten uniform geregeld;
- invoering van een voor alle ziekenfondsen geldende welstandsgrens volgens de normen van Ziekenzorg van maximaal *f* 1.500 voor gezinnen en *f* 800 voor alleenstaanden;
- een voor alle fondsen geldende premieregeling voor gezinnen en alleenstaanden van 24 en 16 cent per lid per week;
- een abonnementshonorarium voor huisartsen van *f* 2,65 per lid per jaar en voor de apothekers van *f* 1,60 per lid per jaar, exclusief vergoedingen. De oude verhouding 3/8-5/8 zou worden gehandhaafd;
- regeling van poliklinische specialistische en tandheelkundige zorg;
- uniforme genees- en heelkundige behandeling met een wachttijd van 14 dagen;
- voor de duur van de overeenkomst zou in Utrecht geen NMG-fonds worden opgericht;
- de huisartsenpraktijk werd beperkt tot 2.500 verzekerden;
- mogelijkheid tot de regeling van geschillen tussen de ziekenfondsen en de medewerkers door middel van een scheidsgerecht.

Het afsluiten van de standaard- of modelovereenkomsten had voor de fondsen het gevolg dat zij hun ledenadministraties moesten aanpassen, want voor de afrekeningen van de honoraria moesten zij precies weten hoeveel leden iedere medewerker ingeschreven had. Liduina en Ziekenzorg stapten van een ledenadministratie met registers over op kaartsystemen. Voor de gemeenschappelijke administratie van de honoraria en de mutaties van de ledenadministraties werd weer een Ziekenfondscommissie in het leven geroepen. Deze kreeg meer bevoegdheden, want zij moest ook bemiddelen in geschillen tussen de fondsen en de medewerkers. Voor het reglement van deze commissie werd het reglement van de Rotterdamse ziekenfondscommissie gebruikt.²³⁸

De Utrechtse ziekenfondsovereenkomst was niet uniek. Dergelijke overeenkomsten werden immers ook in verschillende andere steden als Rotterdam en Amsterdam afgesloten. De verstrengeling van de belangen van en de relaties tussen de partijen maakten het afsluiten van de overeenkomst wel ingewikkelder dan elders.

De onderhandelingen begonnen met gesprekken tussen de besturen van de ziekenfondsen Ziekenzorg en de Voorzorg, die beiden behoefte hadden aan een regeling voor de premiehoogte, de vaststelling van honoraria en de aanstelling van medewerkers. Door het samenwerken in de Ziekenfondsencommissie was er een sfeer voor overleg ontstaan en beide fondsen wilden zo weinig mogelijk concurrentie. De NMG werd bij dit onderhandelingen betrokken, ondanks dat de Vereniging als belangenvereniging van de Utrechtse huisartsen en apothekers de artsenorganisatie liever buiten de deur hield. Op dat moment waren de gesprekken geen Ziekenzorg-Voorzorgkwestie meer, maar werden het onderhandelingen over een plaatselijke collectieve overeenkomst tussen ziekenfondsen en zorgaanbieders met bemoeienis van de landelijke artsen- en apothekersorganisaties. Deze onderhandelingen waren een afspiegeling van de landelijke verhoudingen bij de zorgaanbieders met een plaatselijk tintje. Zij werden beïnvloed door de rivaliteit tussen de huisartsen en de specialisten, de CO en de CV met de coryfeeën Cohen en Brongersma. De Utrechtse specialisten, huisartsen, apothekers en hoogleraren konden hun relaties zelf uitstekend regelen, maar dit werd tot hun grote ongenoegen door de CV voor diens eigen machtsspel genegeerd. De problemen van de NMG met de verhouding tussen het hoofdbestuur en de beroepsgroepen speelde daarbij ook een rol. De samenwerking tussen de NMP en de NMG was zonder problemen.

Het plaatselijke tintje bestond uit de houding van Ziekenzorg tegenover de vrije artsenkeuze en haar eigen medewerkers, de vaststelling van de welstandsgrens, het katholieke karakter van Liduina en de rol van de Vereniging als lokale organisatie met eigen belangen naast de NMG en de NMP. De partijen konden na veel conflicten en moeizaam onderhandelen uiteindelijk tot elkaar komen door de bemiddeling op landelijk niveau. De Landelijke Federatie moest de relatie Ziekenzorgbestuur-medewerkers regelen, de secretaris van Liduina moest het hoofdbestuur van de NMG een uitspraak ontlokken om de moraalkwestie te regelen en dat hoofdbestuur moest op de Algemene Vergadering het huishoudelijk reglement aanpassen om de CV in het gareel te dwingen.

De overeenkomst regelde de verhouding tussen de ziekenfondsen en de medewerkers, schakelde de concurrentie tussen de ziekenfondsen uit en verschafte de Utrechtse ziekenfondsverzekerden een uniform verstrekkingspakket tegen een bij alle fondsen gelijke contributie. De fondsen behielden hun zelfstandigheid. De overeenkomst regelde de samenwerking in de Ziekenfondsencommissie, maar zij voerden hun administratie op hun eigen wijze. De manier waarop hun bodes werden betaald en de contacten met de leden onderhielden bleef onveranderd. De besturen voerden hun eigen beleid als artsenfonds, onderling arbeidersfonds of rooms-katholiek ziekenfonds.

De ziekenfondsen, de artsen en de apothekers hadden hun eerste gemeenschappelijke regeling voor de gezondheidszorg in Utrecht getroffen. De medewerkers, wel of niet aangesloten bij hun koepelorganisaties, hadden baat bij de overeenkomst door de verbetering van hun honorariumregeling, die hoger en bij alle fondsen hetzelfde werd. Zij waren nu als collectieve groep aan de fondsen verbonden, daarbij gesteund door de NMG en de NMP. Daardoor konden zij zich in het vervolg ook als eenheid bij honorariumkwesties en beroepsgeschillen tegenover de fondsen opstellen. De fondsen hoefden zich niet meer druk te maken over het aantrekken van medewerkers en over concurrentie van de andere fondsen.

De specialisten hadden als medewerkers het grootste belang bij de overeenkomst. Zij werden door de contractuele regeling voor hun poliklinische hulp in Utrecht voor de ziekenfondspraktijk eindelijk erkend als volwaardige beroepsgroep en kregen voor de eerste maal een uniforme honorering. Deze was nog laag en de klinische hulp bleef nog buiten het pakket, maar dit zou bij volgende onderhandelingen verbeteren.

De ziekenfondsverzekerden betaalden het gelag. Zij kregen door de overeenkomst de geneugten van de vrije artsenkeuze: bij ieder fonds konden zij kiezen voor dezelfde artsen. De verzekerden van de Voorzorg en van Hulp bij Ziekte werden echter nog steeds niet betrokken bij de fondsbesturen, terwijl de NMG al in 1908 de noodzaak had erkend. Het verstrekkingspakket was nog steeds niet volledig. De tandheelkundige zorg was nog beperkt, klinische specialistische zorg was nog niet opgenomen en de ziekenhuisverpleging werd nog steeds aan de gemeente overgelaten. De contributies stegen voor het eerst sinds decennia en dat zou steeds vaker gebeuren. Er was nog een lange weg te gaan voordat de verzekerden een volledige ziekenfondsverzekering werd geboden.

2.12 Het Utrechtse ziekenfondsbestel onder de overeenkomst van 1917

De ziekenfondsovereenkomst had grote gevolgen voor de verhoudingen tussen de Utrechtse artsen, de apothekers en de ziekenfondsen en voor de ziekenfondsen zelf. Deze partijen zouden tijdens de looptijd van de overeenkomst wel als kempfanen tegenover elkaar komen te staan, maar de samenwerking zou van langere duur blijken.

Fusies en overnames

De uniformering van de premies en de honoraria had tot gevolg dat het voor de Vereniging geen zin meer had de Voorzorg en Hulp bij Ziekte als verschillende fondsen te exploiteren. Hulp bij Ziekte had zijn aantrekkingskracht als melkkoetje verloren en het was inefficiënt om twee ziekenfondsen met dezelfde premiehoogte en uitkeringen naast elkaar te laten bestaan. Op 30 januari 1918 stelde het bestuur van de Vereniging het bestuur van Hulp bij Ziekte voor om zo snel mogelijk een fusie met de Voorzorg door te voeren.²³⁹

Men had daar bij Hulp bij Ziekte toch wat moeite mee. De Voorzorg exploiteerde nog steeds een begrafenisfonds en er zou volgens de Hulp bij Ziekte-bestuursleden toch minder op de beheerskosten kunnen worden bezuinigd dan men bij de Vereniging dacht. De Voorzorg had een directeur, een oud-directeur en daar kwam dan nog de directeur van Hulp bij Ziekte bij. Er werd geopperd om van Hulp bij Ziekte een Maatschappijfonds te maken.

Het probleem van de directeuren werd opgelost doordat de administrateur van Hulp bij Ziekte wegens gezondheidsredenen op 6 maart ontslag nam.²⁴⁰ Nu was er geen reden meer om de fusie tegen te gaan en op 18 september 1918 werd de laatste vergadering van het fonds gehouden.²⁴¹ De reservekas, f 2.500, werd door de medewerkers onderling verdeeld en de verzekerden werden zonder pardon overgeschreven naar de Voorzorg. De bodes werden door de Voorzorg overgenomen. Het ziekenfonds de Vereenigde Ziekenfondsen Societeit Voorzorg en Hulp bij Ziekte, VHZ, was geboren en het ziekenfonds van 'Let op uw Einde' bestond niet meer.

VHZ werd in maart 1919 met de Vereniging geïntegreerd door het bestuur van de Vereniging ook het bestuur van het ziekenfonds te laten vormen.²⁴² De Utrechtse artsen en apothekers beschikten nu over de Vereniging als koepel voor de behartiging van hun belangen en met VHZ over hun medewerkersfonds. De arts J.P. Wefers Bettink werd de voorzitter van de Vereniging en VHZ en daarmee automatisch de voorman van de Utrechtse artsen. Hij zou dit blijven tot na de Tweede Wereldoorlog.

De besturen van Liduina en Ziekenzorg waren niet gelukkig met deze machtsvorming.²⁴³ Zij zagen VHZ als een verkapt Maatschappijfonds, hoewel zij wisten dat de Vereniging zich onafhankelijk van de NMG en de NMP opstelde. Het bestuur van Ziekenzorg probeerde het arbeidersfonds te versterken door de overname van andere fondsen. Op 1 juli 1918 werden het fonds van dokter Van Lier en het ziekenfonds De Liefde overgenomen.²⁴⁴ Een paar maanden later volgde het Algemeen Utrechts Ziekenfonds. Dit waren fondsen die niet op de erkenningslijst van de NMG-afdeling stonden, of die te klein waren om enig bestaansrecht te hebben. In 1920 werd het doktersfondsje van Robles de Vries gekocht en in 1922 werden de leden van het fabrieksfonds Willen is Kunnen van Machinefabriek Fr. Smulders bij Ziekenzorg herv verzekerd.²⁴⁵

De kleine fondsen in Utrecht verdwenen na 1918 door deze fusies en overnames als onbedoeld gevolg van de overeenkomst. De grote ziekenfondsen bleven over: VHZ, Ziekenzorg, Liduina en de commerciële fondsen het Rotterdamsch Ziekenfonds, het RZ en het Nederlandsch Algemeen Ziekenfonds, het NAZ.²⁴⁶ Het gereformeerde ziekenfonds Wijkbelang bestond nog steeds en was ook bij het contract aangesloten, maar het was al in 1903 voor nieuwe inschrijvingen gesloten en zou langzaam uitsterven.

De beer is los: de eerste honorarium- en contributie-eisen, 1919

De inkt van het ziekenfondscontract was nog niet droog of de medewerkers kwamen met eisen over de verhoging van de honoraria. Ten Cate had sinds 1916 bij het Ziekenzorgbestuur daar voortdurend op aangedrongen, maar hij stond alleen. In maart 1919 werd hij als medewerker van VHZ lid van de Vereniging en vond hij voor zijn wensen een wel gewillig oor.²⁴⁷

Artsen én apothekers vonden de contracthonoraria te laag, terwijl de lonen en het besteedbaar inkomen van de ziekenfondsverzekerden ondanks de oorlog sterk gestegen waren. De apothekers wilden een verhoging omdat hun bedrijfskosten groeiden. De salarissen voor het personeel waren gestegen en zij hadden te maken met een buitensporige prijsverhoging van geneesmiddelen. Het bestuur van de Vereniging stelde voor om met de fondsen te gaan onderhandelen over een verhoging van 50%. Dit

had enig schamper gelach tot gevolg, want Wefers Bettink wist aan te tonen, dat zelfs gemeenteambtenaren meer verdienden dan vier jaar terug.

In Amsterdam waren op 1 juli 1918 de honoraria sinds de afsluiting van het contract met 70% verhoogd zonder dat de fondsen een noemenswaardig ledenverlies hadden, dus dit moest in Utrecht ook kunnen.²⁴⁸ Apotheker Koert vond dat de Utrechtse artsen en apothekers zich moesten indekken. Bij het inwerkingtreden van een ziekenfondswet zouden 4.000.000 Nederlanders zich als ziekenfondsverzekerden inschrijven. De medewerkers moesten op voorhand hun inkomsten uit de fondsen versterken, want daarna zou er maar een kleine particuliere praktijk overblijven. Het einde van het liedje was dat de Vereeniging in de Ziekenfondscommissie zou gaan onderhandelen over een verhoging van 75%, ingaande 1 juli 1919.

De teerling voor de eerste gevechten over de honoraria in Utrecht was geworpen. Dit thema zou nooit meer verdwijnen en het liedje zou altijd hetzelfde zijn: de onderlinge ziekenfondsen, die hun premies zo laag mogelijk wilden houden tegenover de artsen en apothekers, die een zo hoog mogelijk honorarium wilden. De periode tot 1918 had minder strijd gekend dan de volgende jaren, maar met het afsluiten van de collectieve contracten traden alle partijen, artsen, apothekers en onderlinge ziekenfondsen, als eenheid op en leerden hun eisen steeds beter definiëren en te steunen. Dit zou steeds meer leiden tot kwesties en conflicten.

Op 30 maart 1919 vergaderde de Ziekenfondscommissie met de artsen en de apothekers. De ziekenfondsen, met uitzondering van VHZ, vonden hun eisen te ver gaan.²⁴⁹ De premies zouden tot 26 cent per week moeten worden verhoogd om deze honoraria te kunnen betalen.²⁵⁰ De oude verdeling 3/8-5/8 kon volgens hen niet meer worden gehandhaafd, want de lasten van de apothekers waren te hoog geworden. De fondsen waren bereid de premie te verhogen tot 20 cent per week. De artsen konden daardoor een honorarium krijgen van f 3,50 en de apothekers zouden f 0,25 cent per verzekerde extra krijgen voor de verhoging van de salarissen. De door de fondsen voorgestelde contributieverhoging was echter onvoldoende. Het specialistendeel van het contract zou per 1 mei 1919 ingaan en ongeveer 5-6% van de premieopbrengsten eisen. De artsen konden daardoor ten hoogste f 3,30 en de apothekers f 2,20 krijgen.²⁵¹

Een paar huisartsen hadden uitgerekend dat zij bij een premie van 20 cent gemiddeld een honorarium van 20 - 26 cent per consult kregen, *een waarlijk geringe betaling in deze tijd*.²⁵² De huisartsen wilden koste wat kost een verhoging van 50% en beschouwden hun eisen niet als het breken van de collectieve overeenkomst. Door de veranderende tijdsomstandigheden en de verruiming van hun inkomen moesten de verzekerden maar meer voor hun geneeskundige behandeling betalen. Als de fondsen hier niet mee instemden, zouden zij de inschrijving van nieuwe leden van alle ziekenfondsen staken: de eerste inschrijvingsstop in de Utrechtse ziekenfondsgeschiedenis.

Dit was een effectief dwangmiddel, want de stad Utrecht groeide nog steeds. Het aantal verzekerden was in de voorgaande jaren met 25% gestegen.²⁵³ De fondsen waren door de aansluiting van alle artsen en apothekers als medewerker in de huisartsenvoorziening van hun verzekerden min of meer afhankelijk geworden van de Vereeniging, die haar lidmaatschap niet meer beperkte tot VHZ. Bijna alle Utrechtse artsen en apothekers waren lid geworden.

Toch werden de plannen van de Vereeniging niet goedgekeurd door de landelijke organisaties.²⁵⁴ De hoofdbesturen van de NMP en de NMG wilden geen positief advies geven en de NMG-afdeling weigerde zich met de honorariumkwestie te bemoeien. Alleen de Centrale Organisatie van de NMP vond de praktijkbeperking geoorloofd. De Utrechtse specialisten waren teleurgesteld dat de Vereeniging hen als medecontractanten niet bij de honorariumdiscussie betrokken had. Wefers Bettink had dit niet nodig gevonden, omdat zij pas getekend hadden.

De fondsen, met uitzondering van Liduina en Ziekenzorg, stemden begin mei 1919 met de 50%-verhoging in. De premies zouden tot 24 cent moeten stijgen, terwijl de twee onderlinge fondsen niet verder wilden gaan dan 20 cent. De artsen hadden door de uitbreiding van de ziekenfondspraktijk sinds 1914 al meer inkomsten gekregen, terwijl hun aantal nauwelijks was uitgebreid. Zelfs al zouden hun eisen worden ingewilligd, dan zou de behandeling van de ziekenfondsverzekerde niet verbeteren en de praktijken zouden niet kleiner worden.²⁵⁵ De huisartsen speelden hoog spel. De goede risico's onder de verzekerden zouden hun fondslidmaatschap opzeggen als naar hun zin de premie te hoog werd. Zij maakten het minst gebruik van de huisarts en het ziekenfondslidmaatschap was niet verplicht.

Het eerste honorariumgeschil beslecht

De druk op de besturen van Liduina en Ziekenzorg werd groter, niet alleen door de dreiging met de inschrijvingsstop, maar ook door steeds sterker wordende looneisen van de bodes. De Utrechtse

ziekenfondsbodes hadden in 1918 een eigen bond opgericht voor de behartiging van de belangen van de agenten van alle ziekenfondsen. De voorzitter was de bode en Ziekenzorgbestuurslid Beckers.²⁵⁶ De bodes hadden bij de afsluiting van het contract in juli 1918 geëist dat zij bij alle fondsen hetzelfde salaris zouden krijgen: 12,5% incassoloon, 5 respijtweken voor de wanbetalers en een half jaar vrijstelling van risico door het bedanken van verzekerden in verband met de contributieverhoging.

Zij hadden met hun eisen geen succes. De fondsen gingen ieder op hun eigen wijze op deze kwestie in. Liduina deed niets. VHZ verlaagde de bodelonen tot 8% en schafte zelfs de oude 1%-aftrek van de artsen- en apothekershonoraria af onder het motto *het moet met die oude boel maar eens afgelopen zijn*.²⁵⁷ Als de bodes hogere verdiensten wilden, dan moest eerst de premie worden verhoogd, want VHZ zou over het eerste kwartaal van 1919 een verlies lijden. Ondanks herhaalde verzoeken kregen zij niets.

Ziekenzorg loste het probleem anders op. Zij voerde een incassostelsel in, waarbij de stad in wijken werd verdeeld en iedere wijk haar eigen agent kreeg. Hierdoor waren vier bodes, nu agenten genoemd, voldoende. Dit was tegen het zere been van bestuurslid Beckers, die de oude opvatting huldigde dat verzekerden eigendom waren van de bode en niet van het fonds. Na wat geruzie kregen de ontslagen bodes een afvloeiingsregeling en werd Ziekenzorg het eerste Utrechtse ziekenfonds dat met vaste incasseerders werkte. Bij de andere fondsen hadden de bodes nog steeds hun eigen ledenbestand, dat kris-kras door de stad verspreid was.²⁵⁸ Alle fondsen, ook Ziekenzorg, handhaafden het vroeger zo verfoeide principe van de aanbrengpremie.

Het Ziekenzorgbestuur wilde uit de impasse van de artsenhonoraria te komen door het voorstel te doen de premies niet verder te verhogen, maar door de welstandsgrens volgens de normen van de Rijksinkomstenbelasting op *f* 2.000 voor gehuwden en op *f* 1.500 voor ongehuwden te stellen. Het RZ vond als commercieel fonds deze hoge welstandsgrenzen aantrekkelijk en koos de kant van Ziekenzorg.²⁵⁹ Het ziekenfondskamp was verdeeld, want Liduina en VHZ onderhandelden in de Ziekenfondscommissie over een verhoging van de premie in termijnen.

De huisartsen hielden aan hun eisen vast en op 1 juli ging de inschrijvingsstop in. Van Schaik probeerde de steun van de Landelijke Federatie, de NMG, de NMP en de gemeente te krijgen om te bemiddelen.²⁶⁰ Liduina matigde haar standpunt en verdedigde de eisen van de artsen. Het bestuur van het katholieke fonds vond dat het in het belang van de leden en het ziekenfonds rekening had te houden met de *ook voor de doktoren en apothekers durdere levensstandaard*.²⁶¹

De huisartsen moesten inbinden, want de NMG- en NMP-hoofdbesturen waren van mening dat de Vereniging met haar acties te ver was gegaan.²⁶² Zij had zich tot deze besturen moeten wenden omdat de NMG en de NMP de contractpartijen bij de ziekenfondsovereenkomst waren, niet de Vereniging. Cohen van de Centrale Organisatie zag nu kans eindelijk de Vereniging te dwarsbomen en overlegde met het Ziekenzorgbestuur.²⁶³ Dit was bereid zich in het honorariumconflict te onderwerpen aan de bemiddeling door een scheidsgerecht. Cohen steunde het fonds en het RZ en eiste van de Vereniging opheffing van de inschrijvingsbeperking.

Het scheidsgerecht was niet nodig. De Vereniging stopte met de inschrijvingsstop en deed een voorstel voor een verhoging van 30% in augustus 1919 en 20% op 1 januari 1920, op voorwaarde dat de welstandsgrens met 50% zou worden verruimd.²⁶⁴ In dit laatste kreeg zij haar zin niet. Ziekenzorg handhaafde de bestaande normen, maar trok de honoraria voor de artsen en apothekers op naar de bedragen die de andere fondsen ook betaalden: *f* 3,60 voor de artsen en *f* 2,15 voor de apothekers. Het bestuur en de Algemene Vergadering van het onderlinge fonds vonden in augustus de verhoging voor de apothekers rechtvaardiger dan voor de artsen.²⁶⁵

De huisartsen en apothekers kregen niet direct hun geld. Het was voor Ziekenzorg te ingewikkeld om halverwege het jaar de boekhouding aan te passen.²⁶⁶ Na overleg met de Vereniging en de NMG werd de premie werd op 1 november op 20 cent gebracht en de honoraria met 30% verhoogd.²⁶⁷ Op 1 januari 1920 volgde de verdere afwikkeling.

Het eerste Utrechtse honorariumgeschil toonde aan dat de collectieve overeenkomst van 1918 een eersteling was. De mogelijkheid tot aanpassing van de honoraria en de premie was onvoldoende geregeld, waardoor het contract niet de rust en stabiliteit in de verhoudingen tussen de partijen bracht die eigenlijk nodig was. De Ziekenfondscommissie functioneerde onvoldoende als overlegorgaan. Onderhandelingen liepen uiteindelijk uit op een loopgravenoorlog, die alleen kon worden opgelost door druk van de NMG. De ziekenfondsen bleven verdeeld. VHZ speelde geen rol. De Vereniging maakte voor haar fonds de dienst uit, maar de artsen en apothekers dachten niet na over de gevolgen van premieverhoging voor een eventuele ledendaling bij de ziekenfondsen. Het probleem werd volgens traditie een kwestie Ziekenzorg-Vereniging, waar de druk van de landelijke artsenkoepel op de plaatselijke belangenvereniging van de medewerkers deze tot rede moest brengen.

De tweede honorariumkwestie, 1920-1922

De apothekers van de Vereeniging werden tot hun grote ongenoegen op aandrang van het Hoofdbestuur van de NMG niet bij dit overleg betrokken.²⁶⁸ De NMG wilde alleen de belangen van de artsen behartigen en niet in de bres springen voor de apothekers. Apotheker Koert was kwaad. Volgens het in 1916 en 1919 door de NMG en NMP geformuleerde beleid was afgesproken dat bij onderhandelingen over ziekenfondskwesties de CO en het CB beide zouden worden betrokken. De apothekers waren nu buiten spel gezet en hij riep op tot een eigen Utrechtse apothekersvereniging. De apothekers stelden nu hun eigen eisen: naast 30% per 1 november en 20% op 1 januari wilden zij een verhoging van de welstandsgrens tot f 1.800 en een toeslag voor onkosten.²⁶⁹

Zij werden door de uitbetaalde honorariumverhogingen voorlopig tevredengesteld, maar het was een tijdelijke oplossing. Op 15 juli 1920 vergaderden de hoofden van de CO en het CB, Cohen en Van Itallie, met het bestuur van VHZ.²⁷⁰ De huisartsen en de apothekers besloten nu niet alleen hogere honoraria te eisen, maar ook een betalingswijze per hoofd of per ziel naar *Amsterdamsch model* en niet meer per betalende verzekerde als voorheen. De artsen zouden dan f 3 en de apothekers f 2 per ziel krijgen. De toeslag voor de apothekers moest worden verhoogd van 2,5 naar 4 cent per aflevering.

De Vereeniging wilde deze wensen financieren door de instelling van nieuwe welstandsgrenzen voor ongehuwden van f 1.400 en voor gehuwden van f 2.000 met een toeslag van f 50 per kind tot een maximum van f 2.400. De artsen wilden ook het contract aanpassen om andere honorariumverhogingen voor de duur van de overeenkomst mogelijk te maken. De artsen vonden deze nieuwe verhoging noodzakelijk vanwege hun *maatschappelijke toestand, dat fondsdoctoren met groote fondspractijken geen voldoende bestaan konden vinden*.²⁷¹ Voor een goed bestaan achtten zij een jaarinkomen uit de fondspraktijk van f 12.000 een voorwaarde.

Het bestuur van Ziekenzorg was haast als vanzelfsprekend tegen, maar wilde geen slepende kwestie als in 1919. Het stelde volgens de mogelijkheden van het contract de bemiddeling door een scheidsgerecht voor.²⁷² Het fonds behartigde daarmee weer de belangen van alle contractfondsen, want de medewerkerseisen werden niet alleen aan het onderlinge fonds gesteld. Ziekenzorg moest gezien de economische crisis en werkloosheid wel tegen iedere mogelijke premieverhoging en welstandsgrensaanpassing reageren.²⁷³ In de zomer van 1920 hadden de voorzitter van Ziekenzorg, P. Flore, en de secretaris, J. van de Kamp, een ontmoeting met Cohen en Van Itallie, maar zonder resultaat.²⁷⁴

De Vereeniging wilde niet zover gaan als in 1919, maar besloot tot langzaam-aan acties. Op zaterdag 11 september kondigden de artsen aan uitsluitend zondagsdiensten te gaan draaien en de apothekers besloten na 17.00 uur geen medicijnen meer thuis te bezorgen. Dit laatste was contractbreuk, want zij waren dit tot 19.00 uur verplicht. Na enige drang van de NMP draaiden de artsen en de apothekers bij. De instelling van het scheidsgerecht kwam pas in maart 1921 aan de orde. Cohen werd de afgevaardigde namens de NMG. Ziekenzorg stelde als arbiter J. van der Born, de voorzitter van de Utrechtse Bestuurdersbond, aan. De Utrechtse advocaat Schepel fungeerde als neutraal voorzitter. Het ging in dit geval om een scheidsgerecht tussen Ziekenzorg en haar medewerkers, want de NMG had een afzonderlijke commissie in het geschil tegen Liduina gevraagd.²⁷⁵ Het Ziekenzorgscheidsgerecht deed een uitspraak, waar het bestuur na enig gehakketak over de rechtsgeldigheid van de oordelen van deze bemiddelingscommissies voorlopig mee instemde.²⁷⁶ Het honorarium van de artsen werd vastgesteld op f 4.63 per verzekerde en niet per ziel. Het gemiddelde honorarium per ziel was f 1,90.²⁷⁷ Het honorarium van de apothekers bleef onveranderd.

Het scheidsgerecht voor Liduina besliste echter dat de sociale omstandigheden ongunstig waren door de economische malaise, loonsverlagingen en werkloosheid en dat een premie- en honorariumverhoging uit den boze was.²⁷⁸ Ziekenzorg negeerde daarop de uitspraak van haar scheidsgerecht en draaide het tractement van de artsen weer terug naar f 3,975. De Vereeniging liet het daar niet bij zitten en zette een ruzie tussen Ziekenzorg en VHZ op touw.²⁷⁹ VHZ had met Ziekenzorg nog een appeltje te schillen over een bodekwestie en zon op wraak.²⁸⁰

De Vereeniging, VHZ en Ziekenzorg; ruzie of fusie?

Het begon met de tandartsen. De tandartsen, die voor de contractfondsen in een kliniek aan de burgemeester Reigerstraat werkten, wilden nu ook verhoging van hun traktement. Het publiek klaagde echter over hun behandelingen.²⁸¹ De tandartsen bleken vaak te laat op het spreekuur te komen, waardoor de verzekerden nodeloos van hun werk moesten verzuimen.

VHZ bleek op een vergadering van de Ziekenfondscommissie geen hogere tandartshonoraria te willen betalen. Veertien huisartsen hadden zich tot woede van de tandartsen bereid verklaard het trekken van

tanden en kiezen te willen overnemen. De tandartsen dreigden daarom hun werk neer te leggen en dienden een rekening in van f 2.700 voor de kosten van de kliniek, de huishuur en het loon van een tandartsassistente. De fondsen weigerden dit te betalen en de kliniek werd in december 1921 opgeheven. De tandartsen hadden net als in Amersfoort nog een lange weg te gaan eer zij door de huisartsen als volwaardige ziekenfondsmedewerkers werden erkend.

De Ziekenfondscommissie gaf de voorkeur aan een tandarts die een dagtaak zou hebben aan de behandeling van alle Utrechtse ziekenfondsleden. Het Ziekenzorgbestuur wilde hiervoor mejuffrouw Rie Timmer aannemen, die tegen lage tarieven pijnloos wilde trekken, vullen en voor protheses wilde zorgen. Het verstrekkingenpakket uit de overeenkomst zou dan kunnen worden uitgebreid met volledige tandheelkundige zorg. VHZ wilde hier niet aan beginnen en trok een tandarts aan, die alleen maar trok.²⁸² Ziekenzorg en mejuffrouw Timmer sloten op 21 december 1921 een contract.²⁸³ Haar tarieven waren:

- 30 cent per lid per jaar voor trekken van tanden en kiezen onder verdoving;
- vergoeding van tandreiniging als normale behandeling;
- een eigen bijdrage van de verzekerde voor vullingen van f 1, met wortelkanaalbehandeling f 2;
- een eigen risico van f 75 per gebit.

Op een vergadering van de Ziekenfondscommissie trok een van de aanwezige artsen de integriteit en goede wil van tandarts Timmer zodanig in twijfel, dat zij bedankte voor haar lidmaatschap van de NMT.²⁸⁴ Dit was koren op de molen van de Vereeniging, die rond de jaarwisseling van 1921 een *modderadvertentiecampa*gne tegen Ziekenzorg en Liduina begon.²⁸⁵ Deze bestond uit vier delen:

- het ongeorganiseerd zijn van Rie Timmer. De Voorzorgartsen weigerden als NMG-leden te tolereren dat een niet NMT-lid in de monden van de Utrechtse ziekenfondsleden zou kijken;
- de rechtvaardiging van hogere artsenhonoraria;
- aanpassing van de bodelonen aan de eisen van de tijd, een nogal dubbel argument omdat VHZ dit twee jaar eerder had geweigerd;
- de voorkeursbehandeling die VHZ stakende metaalarbeiders zou geven. In deze periode waren in de metaal grote stakingen uitgebroken. VHZ verklaarde dat de stakers voor de duur van de staking de helft van de contributie terug zouden krijgen. *Zelfs het arbeidersfonds Ziekenzorg deed niet voor hare leden, wat Voorzorg deed* werd in januari 1922 luidkeels verkondigd.²⁸⁶ Het bestuur van VHZ wist blijkbaar niet dat Ziekenzorg al sinds december 1921 de stakers vrijstelling van contributie had gegeven en deze reageerden met vlugschriften tegen het medewerkersfonds.

Ziekenzorg en Liduina hadden door de klungelige propaganda van VHZ en de Vereeniging de wind van de publieke opinie mee, maar durfden geen tegencampa

gne te beginnen uit angst dat de artsen en apothekers hun verzekerden slechter zouden behandelen.²⁸⁷ Daarbij kwam dat de Vereeniging de vakbonden had ingeschakeld, de actie die uitgroeide tot het uitbrengen van het Unificatierapport.

De Vereeniging ving bij de vakbonden bot. De Utrechtse bestuurdersbond sprong voor Ziekenzorg in de bres. De rooms-katholieke vakbond belegde een algemene vergadering waar twee artsen vergeefs hun standpunt probeerden te verdedigen.²⁸⁸ Zij spraken niet alleen over verhoging van de honoraria door de betaling per ziel, maar ook over verkleining van de ziekenfondspraktijk.

De Vereeniging was gedwongen met haar roddelpartijen te stoppen. Wefers Bettink bood aan Ziekenzorgvoorzitter O. de Weerd schoorvoetend excuses aan, want de Vereenigingsactie was eigenlijk *geen nette zaak*. Bovendien bleek de tandartsenpraktijk van VHZ niet zo'n succes, doordat een van de tandartsen naar Amerika vertrok. Wefers Bettink bood mejuffrouw Timmer nu wel een contract aan, zelfs op dezelfde voorwaarden als Ziekenzorg. Als klap op de vuurpijl accepteerde de Vereeniging een uitnodiging van Ziekenzorg om over de relatie medewerkers-ziekenfondsen een openbaar debat te voeren.²⁸⁹ De Vereeniging en Ziekenzorg sloten een wapenstilstand.

Natuurlijk kon deze discussie niet worden gevoerd zonder voorbereidend gekibbel. Ziekenzorg wilde een openbaar toegankelijk debat, maar Wefers Bettink en de zijnen waren bang voor relletjes. Zij hadden als Ziekenzorgpubliek liever vakbondsleden, want zij wilden voor een bevoegd publiek duidelijk maken *dat een goede behandeling der arbeiders ingeval van ziekte slechts mogelijk is te verkrijgen, wanneer de artsen betere arbeidsvoorwaarden hadden*.²⁹⁰ Het fondsbestuur was bang *dat wat de dokters willen zal uitdraaien op een koffi*epraatje aan de kletstafel, maar wilde het aantal publieksplaatsen dan wel beperken tot 300. Het debat moest doorgaan, want De Weerd, Van Schaik en Wefers Bettink hadden, vooruitlopend op de landelijke samenwerking van de vakbonden, de fondsen en de artsen in de Unificatiecommissie gesproken over de mogelijkheid van een groot Utrechts ziekenfonds. Het contract van 1918 zou in 1923 aflopen en de partijen moesten óf gaan onderhandelen over een nieuwe overeenkomst óf konden denken over een Utrechtse Unificatie.

Vereeniging, VHZ en Ziekenzorg; geen ruzie en geen fusie

De Utrechtse artsen zagen nu in overleg een effectievere manier om hun wensen over honorariumaanpassingen en praktijknormering vervuld te krijgen dan door strijd. Zij wilden in een volgend contract ook een Commissie van Toezicht ingesteld zien als een beter overlegorgaan dan de ineffectieve Ziekenfondscommissie uit het lopende contract.

Bij Ziekenzorg kregen Van Schaik en De Weerd verschil van mening over de betrokkenheid van de vakbond.²⁹¹ De Weerd wilde de Utrechtse Bestuurdersbond bij het samenwerkingsoverleg aanwezig zien, omdat Ziekenzorg een kind van de vakbeweging was geweest. De artsen hadden het initiatief genomen om het NVV bij de ziekenfondskwestie te betrekken, en Ziekenzorg moest daarop wel reageren. Ziekenzorg had de laatste jaren nauwelijks contact met de vakbond gehad en kon nieuwe verzekerden uit de vakbeweging goed gebruiken. Van Schaik verwachtte in april 1922 nog niets van de bonden. Zij zouden hun oren te veel laten hangen naar de wensen van de artsen en apothekers, hetgeen in juni bij de eerste landelijke gesprekken voor de Unificatiecommissie ook zou blijken. De artsen zouden streven naar een Maatschappijfonds, maar hij wilde een nieuw fonds van het onderling beheerde type als de Haagse Volharding met eigen apothekers en artsen in loondienst. Ziekenzorg zou leden verliezen als het zich zou richten naar de wensen van de vakbonden en de NMG.

Bij de Vereeniging werd inderdaad gedacht aan de vorm van een Maatschappijfonds. Het doel van de artsen en apothekers was de opheffing van de bestaande fondsen en de oprichting van een nieuw fonds, waar door een democratisch bestuur hun rechten statutair gewaarborgd waren.²⁹² Het moest echter geen *socialistisch kolenmijnbedrijf* worden, waar het bestuur bestond uit technici, arbeiders, consumenten en regeringspersonen. De welstandsgrens zou bij het nieuwe fonds veel hoger moeten worden, waardoor door uitbreiding van de praktijken de honoraria niet omhoog zouden hoeven. De leden van de Vereeniging waren merkwaardig soepel bij hun filosofie over praktijkmaximering.

Op 14 juni voerden Stants namens het Ziekenzorgbestuur en Van Schaik als secretaris van de Landelijke Federatie overleg met vertegenwoordigers van de NMG en de Utrechtse artsen Van Lier en Ten Cate.²⁹³ Zij kwamen met een verklaring dat het bij het nieuwe fonds alle Utrechtse ziekenfondsen, ook Liduina, betrokken zouden moeten worden. Het bestuur zou bestaan uit verzekerden, artsen en apothekers en de vakbond zou een schaduwrol moeten vervullen.

De fusieplannen werden steeds serieuzer. Van Schaik en de zijnen waren op 22 juni bereid het administratief beheer van VHZ te accepteren, mits het nieuwe fonds geen Maatschappijfonds zou worden en de principes van Ziekenzorg in de statuten terug te vinden zouden zijn.²⁹⁴ De Algemene Vergadering van Ziekenzorg gaf het bestuur op 19 juli 1922 mandaat om de onderhandelingen verder af te wikkelen.²⁹⁵ In het begin van 1923 had een commissie van de artsen van de Vereeniging en het Dagelijks Bestuur van Ziekenzorg een fusieontwerp gereed.²⁹⁶

De struikelblokken waren helaas groter dan ze leken. Het initiatief was te veel een VHZ-Vereeniging-Ziekenzorgaangelegenheid. Het RZ en het NAZ toonden geen enkele interesse. Liduina weigerde medewerking, omdat haar katholieke identiteit sinds het afsluiten van het contract in 1918 te weinig tot uiting kwam.²⁹⁷ Deze identiteit werd door de invloed van de kerk steeds sterker gevoeld, maar door het accepteren van de vrije artsenkeuze kon het fonds zijn medewerkersbestand niet beperken tot de roomse artsen en apothekers. Volgens Severijn kwam het katholiek karakter alleen nog maar naar voren door het verstrekken van *eieren en melk*. Het Liduinabestuur voelde zich nog steeds beledigd door de advertentiecampagne van de Vereeniging.

De verhouding tussen Ziekenzorg en de Vereeniging raakte ook weer gespannen door twee incidenten. De spanning tussen VHZ en Ziekenzorg was weer opgelopen door een bodekwestie. De arts Wesley beschuldigde de Ziekenzorgbodes van lobbypraktijken onder zijn VHZ-patiënten. Dit was op zich een gewone, goed op te lossen rivaliteitskwestie, maar het kwam nu slecht uit.²⁹⁸

De andere wrevel betrof een onderzoek van het Dagelijks Bestuur van Ziekenzorg naar de mogelijkheden van de oprichting van een eigen apotheek. Dit was tegen het zere been van de apothekers van de Vereeniging die door hun medeleden, de artsen, buiten de fusiebesprekingen waren gehouden. De artsen hadden in de vergaderingen van de Vereeniging altijd de meerderheid en beslisten steeds meer in hun eigen voordeel. De spanning tussen beiden was behoorlijk opgelopen, maar voor de fusie was samenwerking nodig. Het idee dat Ziekenzorg een eigen apotheek à la Volharding wilde beginnen, werkte averechts.

De grootste adder schulde in de samenstelling van het bestuur van het nieuwe fonds. De artsen wilden dat de medewerkers de meerderheid zouden vormen, terwijl voor het Ziekenzorgbestuur vijf door de leden gekozen en vijf door de artsen en het personeel aangewezen bestuursleden de maximale concessie was. Deze tegenstelling was onoverbrugbaar. In mei 1923 werd besloten dat beter onderhandeld kon worden over een nieuwe ziekenfondsovereenkomst voor alle Utrechtse fondsen.²⁹⁹

Voor meer eenheid bij de ziekenfondsen werd de hoop gevestigd op de landelijke Unificatiecommissie.

Het Utrechtse initiatief was uniek: een poging om de tegenstellingen tussen het onderlinge fonds en de Vereeniging te overbruggen door een fusie, zonder dat er sprake was van pressie door de Landelijke Federatie en de NMG of dat een van de partijen door financiële of maatschappelijke redenen gedwongen was zijn heil bij de ander te zoeken.³⁰⁰ Zij hadden daarbij de vrije keuze tussen een nieuw contract of volledige samenwerking. De fondsen en medewerkers kozen uiteindelijk voor een nieuw contract. Het Ziekenzorgbestuur en de Vereenigingsleden kenden elkaar al zo lang dat zij constructief konden onderhandelen en bereid waren tot compromissen. Dat de zaak uiteindelijk afsprong op de bestuurssamenstelling was niet verwonderlijk. Dit was het meest wezenlijke verschil tussen deze partijen en zou uiteindelijk ook de belangrijkste reden zijn voor het mislukken van de Landelijke Unificatie. De Utrechtse unificatiepogingen waren daarvoor een voorspel.

De onderhandelingen voor de tweede Utrechtse ziekenfondsovereenkomst

Bij de Vereeniging discussieerden de artsen en apothekers op 11 mei 1923 over de belangrijkste delen van het nieuwe contract: de honoraria van de huisartsen en de specialisten en de instelling van een Commissie van Toezicht als vervanger van de Ziekenfondscommissie.³⁰¹ Deze commissie, de CvT, moest gaan fungeren als overlegorgaan, permanent scheidsgerecht, en als controlebureau. Volgens Stants moest er vooral worden gecontroleerd op overschrijdingen van de welstandsgrens, waar VHZ nogal eens de hand mee lichtte. De CvT zou kunnen worden gevormd door drie ziekenfondsvertegenwoordigers, drie artsen, drie apothekers en een specialist.

Voor de verhoging van de honoraria werden nog geen bedragen genoemd. In Amsterdam had men bij het nieuwe contract 25% gekregen. Wefers Bettink vond deze toeslag voor Utrecht toch wel het minimum. De huisartsen van de Vereeniging wilden, in navolging van de algemene teneur bij de NMG, erkenning van hun positie als algemeen praktijkhoudend in relatie tot de steeds verder gaande specialisering van de medische wetenschap.³⁰² De specialisten kwamen met verhogingseisen tot 80 cent per lid. De apothekers hadden geconstateerd dat zij bij Ziekenzorg ondanks de overeenkomst een lager honorarium kregen dan bij VHZ en Liduina. Apotheker Koert wilde echter niet dat dit bij de contractonderhandelingen een rol zou spelen, want de angst voor een eigen Ziekenzorgapothekerie zat er bij de farmaceuten goed in. Hij wilde dat de Vereeniging via VHZ het verschil zou bijpassen.

De ideeën van de artsen, specialisten en apothekers waren verschillend, maar over één ding waren zij het wel eens. De traktementsverhogingen moesten kunnen zonder premieverhogingen. Volgens hen konden de contributies door de heersende malaise niet worden verhoogd. De fondsen moesten maar eens op hun reserves interen.

Dit was een illusie. Liduina en Ziekenzorg erkenden beide de noodzaak om de honoraria te verhogen, vooral voor de specialisten, want zij hadden sinds 1919 niets extra gekregen. Dit was niet mogelijk zonder contributieverhoging, want de fondsen hadden nauwelijks reserves en de kosten van de gezondheidszorg waren in de periode 1918-1922 per verzekerde fors gestegen.

*Kosten van het verstrekkingenpakket van Ziekenzorg in guldens, 1918-1923. De kostprijs is de prijs van de verstrekkingen per premiebetalende verzekerde.*³⁰³

	1918	1919	1920	1921	1922	1923
Tandartsen	697,52	789,90	740,50	367,98	2.716,37	2.627,10
Kraamgelden	3.94,81	4.643,93	11.455,14	4.697,88	4.125,43	4.714,16
Geneesmiddelen	29.873,27	34.743,24	43.509,88	41.148,15	41.239,83	35.713,70
Huisartsen en specialisten	21.645,31	29.456,12	42.490,11	43.407,29	45.225,72	38.310,67
Brillen en breukbanden	1.040,92	1.336,70	244,20	1.067,35	894,33	831,10
Totaal	53.651,83	70.969,99	98.439,83	90.688,65	94.201,68	82.196,73
Verzekerden	8.411	8.378	8.066	8.405	8.563	8.761

Kostprijs	6,38	8,47	12,20	10,79	11,00	9,38
-----------	------	------	-------	-------	-------	------

De stijging was niet alleen veroorzaakt door de verhogingen van de honoraria, maar ook door de verbeteringen van het verstrekkingenpakket na de premieverhoging van 1920. Het betrof de uitgaven voor nieuwe specialismen als bestralingen en röntgenopnames, maar ook de invoering van hoogtezon, het gratis vullen van tanden en kiezen en het geheel of gedeeltelijk vergoeden van buikbanden en steunzolen. Deze uitgaven werden niet door premieaanpassingen gecompenseerd.³⁰⁴

De belangrijkste oorzaak was de voortdurende stijging van de medische consumptie door de verzekerden zelf. Ieder jaar klaagden de besturen van Ziekenzorg en Liduina over het steeds vaker invoeren van de hulp van de dokter voor gevallen die daar best buiten hadden gekund. Als gevolg daarvan drukten de uitgaven voor medicijnen en verbandmiddelen steeds meer op de begroting. De dokter was niet verantwoordelijk voor het te veel voorschrijven van geneesmiddelen, maar de leden zelf waren te veeleisend en gooiden het grootste deel van de medicijnen vervolgens in de gootsteen.³⁰⁵ Het Ziekenzorgbestuur verzocht de verzekerden ieder jaar in het jaarverslag vergeefs zuiniger aan te doen.

De beide fondsen waren gedwongen tot de afsluiting van een nieuw contract, waardoor zij over betere middelen zouden beschikken om hun beheerskosten lager te houden. Deze overeenkomst zou de verhouding tussen de ziekenfondsen en de medewerkers beter moeten regelen dan het aflopende contract. De rechtspositie van de laatsten moest zodanig worden verbeterd en worden vastgelegd dat twisten over honoraria konden worden vermeden.³⁰⁶ Vooral de specialistische hulp moest beter worden geregeld. De controle op de maandkaarten was niet uit te voeren en de poliklinieken werden overstelpt door leden die *voor het geringste door hun huisarts worden doorverwezen*.³⁰⁷ Het bedrag aan kliniekgelden was bij Ziekenzorg in vier jaar tijd gestegen van f 400 naar f 2.700 en de specialisten piekerden er niet over om zonder betere vergoedingen nieuwe specialismen voor de fondsen in te voeren. Contributieverhoging was onvermijdelijk, ook al stuitte het de besturen van Liduina en Ziekenzorg tegen de borst. Utrecht had nog steeds te maken met de heersende economische malaise. De premieverhogingen moesten wel een verbetering van het verstrekkingenpakket garanderen.

Zowel de Vereniging als de ziekenfondsen beschouwden het nieuwe contract als een herziening van het oude. Over principiële kwesties als de vrije medewerkerskeuze en de welstandsgrens hoefde niet meer te worden onderhandeld. Deze waren in 1917 door beide partijen aanvaard. De onderhandelingscommissie bestond onder andere uit de huisarts Hamaker en de specialisten Van Romunde en Van der Helm namens de NMG, Wefers Bettink voor de afdeling Utrecht van de NMG, apotheker Koert namens de Vereniging, Van Itallie als afgevaardigde voor de NMP, Van Schaik voor Ziekenzorg en Severijn voor Liduina.

Bij de eerste vergadering van deze commissie in mei 1923 werden snel resultaten geboekt. De welstandsgrens kon worden verhoogd naar f 2.500 voor gehuwden en f 1.800 voor ongehuwden. De kindertoeslag zou worden afgeschaft, mits de fondsvertegenwoordigers zouden instemmen met verlaging van de leeftijdsgrens voor inwonende kinderen tot 17 jaar. Severijn weigerde daarover te onderhandelen. Voor de verzekerden van Liduina was een verhoging van de welstandsgrens niet van belang, maar de aanpassing van de leeftijdsgrens betekende voor veel Liduinagezinnen een aanslag op het inkomen. Bij hen waren de lonen laag en was de werkloosheid hoog. Door deze maatregel zou voor veel kinderen extra premie moeten worden betaald. Ziekenzorg, het NAZ en het RZ accepteerden de regeling.³⁰⁸

De Vereniging moest accepteren dat ook niet-NMG-leden als medewerker mochten worden aangenomen. Veel artsen hadden zich van de Maatschappij door de voortdurende twisten afgekeerd, maar de NMG tolereerde in 1923 buitenstaanders als medewerkers bij de contractfondsen.³⁰⁹

Het contract zou op 1 januari 1925 van kracht worden. Liduina en Ziekenzorg konden de overeenkomst pas in 1924 aan hun algemene vergaderingen ter goedkeuring voorleggen.³¹⁰

De onderhandelingen voor de tweede Utrechtse ziekenfondsovereenkomst: CvT en specialistische hulp

De twee moeilijkste onderwerpen waren de invoering van de CvT en de regeling van de specialistenovereenkomst. Voor de instelling van de CvT zou een afzonderlijke overeenkomst worden gesloten. Deze commissie zou controlerende en beslissende bevoegdheden krijgen, die nog niet waren omschreven en waarvoor nog geen precedenten bestonden. De berechting bij geschillen en klachten en de oplegging van straffen zou niet tot haar competentie behoren. Daarvoor bleef het inmiddels beproefde scheidsgerecht bestaan. Dit zou voor iedere kwestie afzonderlijk worden gevormd. De beslissingen van een scheidsgerecht zouden in het vervolg wel voor alle fondsen gelden.

In november 1924 was het contract in hoofdlijnen rond, echter zonder specialistenovereenkomst. De specialisten wilden af van het maandkaartensysteem.³¹¹ De maandkaart kostte in 1923 f 1,50 en dit tarief stond gelijk met f 0,36 per lid per jaar. Zij gaven de voorkeur aan een abonnementshonorarium, dat voorlopig werd vastgesteld op f 1,08 per verzekerde per jaar. De specialistenorganisatie van de NMG, toen de SO, had het recht voor de specialisten afzonderlijke contracten te sluiten binnen het raamwerk van een collectieve overeenkomst. Zij maakte daar voor de behartiging van de specialistenbelangen en de versteviging van haar eigen positie tegenover de huisartsenorganisatie, de HO, bij nieuwe overeenkomsten overal gebruik van. De Utrechtse specialisten wilden ook een eigen contract, los van de zich als algemeen arts profilerende huisartsen en liefst volgens de voorwaarden als in de specialistenovereenkomst die in Amsterdam werd afgesloten.³¹²

De specialisten, de Vereniging en de ziekenfondsen waren het wel eens over de invoering van het abonnementshonorarium voor specialistische hulp, maar de specialisten en de ziekenfondsen hadden bezwaar tegen een clause in het contract over kosteloze behandeling door de Rijksklinieken. Deze bleven concurrenten van de specialisten, die hun eigen poliklinieken en hun klinieken in de particuliere ziekenhuizen hadden.³¹³ De Utrechtse Specialisten Vereniging richtte in oktober 1924 een adres aan de gemeenteraad, waarmee zij wilde protesteren tegen een overeenkomst tussen de Curatoren van de Universiteit en de gemeente.³¹⁴

Volgens deze sinds 1908 bestaande overeenkomst konden de Utrechtse patiënten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de stad worden verpleegd in de Heelkundige en de Verloskundig-gynaecologische Rijksklinieken. Dit was in het belang van het geneeskundig onderwijs en de zieken kregen een goede behandeling, maar zonder gedwongen te worden medewerking te verlenen aan onderwijskundige demonstraties. Alle chirurgische en gynaecologische patiënten werden door de GGD doorverwezen naar de klinieken van de hoogleraren Kouwer en Lameris, terwijl deze zorgden voor voldoende bedden. Voor inwendige geneeskunde, keel-, neus- en oorklachten, oogheelkunde, huid- en geslachtsziekten gold deze overeenkomst niet. Deze patiënten werden door de GGD verwezen naar alle ziekenhuizen.

De specialisten verweten de Universiteit dat volgens de overeenkomst met de gemeente vrije artskeuze voor de verzekerden was uitgesloten. Na enig heen en weer gepraat konden waren de specialisten overtuigd van het nut van deze overeenkomst en bleek dat de klinieken voor hun praktijk geen directe bedreiging vormden. De specialisten accepteerden dat de Medische Faculteit gratis specialistische hulp verstrekke, net als in de vorige ziekenfondsovereenkomst. De hoogleraren waren niet persoonlijk gerechtigd het contract te ondertekenen, omdat zij een aanstelling hadden als ambtenaar. Als compromis werden zij bij de tekening van het contract vertegenwoordigd door de Utrechtse specialisten. Recepten, afgegeven door de universiteitspoliklinieken werden voor rekening van de ziekenfondsen klaargemaakt, mits de verzekerde bij de apotheek de verwijs- of herhalingskaart voor deze klinieken toonde.³¹⁵

Op de achtergrond van de specialistenovereenkomst speelde de regeling van de ziekenhuisverpleging in Utrecht en de daarmee samenhangende specialistische behandeling. De ziekenhuisverpleging van de fondsverzekerden werd voor de gemeentelijke overheid een steeds grotere belasting en had in Utrecht haar eigen structuur door het naast elkaar bestaan van het SAZU en particuliere ziekenhuizen als het Diaconessenhuis en de katholieke instellingen. De specialisten wilden vrije specialistische hulp en vrije ziekenhuiskeuze. De invoering van de ziekenhuisverplegingsverzekering zou echter nog tien jaar duren en klinische specialistische hulp werd nog niet in de ziekenfondsovereenkomst opgenomen.³¹⁶

Het functioneren van de eerste ziekenfondsovereenkomst: de evaluatie

De overeenkomst van 1917, in 1923 verlengd, liep op 31 december 1924 af. Het belang van de oude overeenkomst was tweeledig gebleken. Zij had uniformiteit in de premie en de verstrekkingenpakketten van de Utrechtse ziekenfondsen gebracht. Hierdoor kregen de verzekerden voor de eerste maal te maken met premieverhogingen en konden de honoraria voor de zorgaanbieders worden aangepast aan de economische en maatschappelijke omstandigheden.

Ten tweede hadden de ziekenfondsen, de artsen en de apothekers ervaring opgedaan met gemeenschappelijke regelingen en overlegorganen. Voor de oplossing van principiële geschillen werd het oordeel van scheidsgerechten door alle partijen aanvaard, ook al was het soms met tegenzin. Er groeide een overlegcultuur, waardoor op stedelijk niveau medewerkers en ziekenfondsen elkaar als marktpartijen aanvaardden voor de behartiging van de eigen en de wederzijdse belangen. Een fusie was te ver gezocht, maar de partijen wilden, rekening houdend met de ervaringen uit de vorige contractperiode, opnieuw door middel van een collectieve overeenkomst samenwerken.

De verzekerden speelden individueel nog steeds geen rol, maar hun belangen werden door de artsen erkend en door fondsen als Ziekenzorg en Liduina actief behartigd. Zij konden vrijelijk kiezen uit zes ziekenfondsen, die dezelfde premies en verstrekkingen boden en dezelfde medewerkers hadden gecontracteerd. Zij beschikten tegen een nominale premie beschikken over een redelijk uitgebreid verstrekkingenpakket dat steeds werd uitgebreid, maar waar drie dingen aan ontbraken: volledige vrije tandheelkundige zorg, paramedische zorg als fysiotherapie, ziekenhuisverpleging en klinische specialistische hulp.

De belangrijkste zorgaanbieders, de artsen, vonden de eerste twee minder belangrijk en hielden meer rekening met hun eigen belangen. De scheiding tussen de algemeen praktijkhoudend huisartsen en de specialisten werd steeds groter. De ziekenhuisverpleging was een groot probleem. De kosten waren zo hoog, dat zij niet tegen een redelijke premie door de fondsen zonder steun van de overheid konden worden vergoed. De invoering van ziekenhuisverpleging en klinische specialistische hulp werden door de rivaliteit tussen de specialisten en de huisartsen bemoeilijkt. De huisartsen bleven ook terughoudend bij de uitbreiding van tandheelkundige zorg en de erkenning van tandartsen als gelijkgerechtigde beroepsgroep, in tegenstelling tot het bestuur van Ziekenzorg.

Er zou nog heel wat onderhandeld moeten worden voor er een regeling werd getroffen, waardoor de financiële problemen zouden worden opgelost en principiële geschillen tussen Ziekenzorg, Liduina, de huisartsen, de specialisten en de apothekers zouden worden opgelost. Dit zou pas in 1941 mogelijk worden door de invoering van het Ziekenfondsenbesluit en niet door een Utrechtse ziekenfondsovereenkomst.

2.13 De bloeitijd van het contractstelsel in Utrecht, 1925-1933

De ervaringen, opgedaan met de eerste ziekenfondsovereenkomst werden verwerkt in de tweede overeenkomst. Deze overeenkomst had vergaande gevolgen voor de werkwijze van de ziekenfondsen en de verhouding tot de medewerkers. Een van de doelstellingen was een betere beheersing van de kosten van de gezondheidszorg. De Commissie van Toezicht nam bijzondere controlemaatregelen en introduceerde nieuwe administratieve technieken.

De overeenkomst tot regeling van het ziekenfondswezen te Utrecht; de definities

De nieuwe overeenkomst bestond uit een huisartsen-, een specialisten- en een apothekerscontract en een aparte overeenkomst betreffende de CvT en het houden van scheidsgerechten.³¹⁷ De huisartsen en apothekers werden bij de ondertekening van het contract niet vertegenwoordigd door de Vereniging, maar door de Onderafdeeling Utrecht der Huisartsenorganisatie, de HOU, als NMG-organisatie. De Vereniging werd door de NMG wel als erkende organisatie gezien, maar niet als vertegenwoordigend orgaan. Dit recht was alleen voorbehouden aan de afdelingen en onderafdelingen.³¹⁸ De SOU, de Onderafdeeling Utrecht der Specialistenorganisatie, tekende de overeenkomst voor de specialisten.

De algemene bepalingen van het contract betroffen de vaststelling van het werkgebied, de premies en de welstandsgrenzen en de definitie van de begrippen huisarts, specialist en verzekerde. Onder het werkgebied Utrecht werd verstaan: het gebied Houtense pad-Hoogravense weg tot aan het Liesbos-Merwedekanaal tot de Leidsche weg en de Zwarte Weg met Oog in Al-Amsterdamsche Straatweg tot kilometerpaal 34-langs de grindweg naar Zuilen-langs de Vecht tot aan de lijn Loevenhoutsche dijk-Ezelsdijk-Willem Barentszstraat-Hoogeland-Nassaustraaf-Frederik Hendrikstraat-Laan van Minsweert-Koningsweg-Houtense pad. Dit was de toenmalig bebouwde kom.

De specialisten en de huisartsen werden als beroepsgroepen nauwkeurig omschreven. Een specialist was een arts die zich bij de uitoefening van de praktijk beperkte tot een nauwkeurig omschreven gedeelte der geneeskunst, zonder algemene praktijk. De universiteitspoliklinieken, poliklinieken van particuliere ziekenhuizen en van stichtingen werden hiermee gelijkgesteld.³¹⁹ Een huisarts bedreef uitsluitend de algemene praktijk.

De verzekerde werd gedefinieerd als een persoon die de vastgestelde premie betaalde. Kinderen beneden de 17 jaar en inwonende pupillen werden tot het gezin van de verzekerde gerekend. De premies waren 25 cent per volwassene. De premie voor een volledig gezin met kinderen beneden de 17 jaar was 63 cent. Ter vergelijking: de premies bij het Amsterdamse AZA waren in 1920 25 cent per volwassene en 5 cent per kind.³²⁰ De welstandsgrens werd in 1925 gesteld op f 2.500 voor gezinnen en op f 1.800 voor alleenstaanden. In het Amsterdamse contract van 1922 waren deze bedragen f 1.500 voor alleenstaanden en f 2.250 voor gezinnen met een toeslag van f 150 per kind.³²¹

De ziekenfondsovereenkomst legde niet alleen de rechten en plichten van de artsen, de apothekers, de verzekerden en de ziekenfondsen vast, maar beschreef ook de bijbehorende procedures en daarmee het dagelijks verkeer tussen de partijen. De verzekerde werd in ruil voor de betaling van zijn premie behandeld door zijn huisarts en verwezen naar de specialist en kreeg geneesmiddelen van zijn apotheker.

De huisartsen- en specialistenpraktijk

De vrije medewerkerskeuze met de algemene contracteerplicht uit de vorige overeenkomst bleef bestaan. Voor de huisartsen- en apothekerspraktijk gold een wachttijd van 14 dagen na inschrijving van de verzekerde. Verzekerden mochten tweemaal per jaar kosteloos van arts of apotheker wisselen. De ziekenfondsen gaven deze mutaties iedere week aan de CvT op.

De huisartsenpraktijk was beperkt tot 2.500 verzekerden, een landelijk aanvaarde norm. De huisartsen hielden eenmaal per dag ziekenfondssprekuren. Huisvisites konden door de verzekerden worden aangevraagd tussen 8.00 en 9.00 uur 's ochtends. Bij het voorschrijven van receptuur diende de arts de richtlijnen te volgen van een door de CvT op te stellen lijst van soorten en hoeveelheden geneesmiddelen en verbandstoffen. Bij afwijkingen moest hij het recept merken met de letters B.G., Buitengewoon Geval.

Iedere arts kreeg de eerste maandag van het kwartaal een lijst van de bij hem ingeschreven verzekerden. Het honorarium was voor de huisartsen in 1925 f 4,32 per betalende verzekerde. Er werd nog steeds niet per ziel betaald. De fondsen betaalden per kwartaal via de bank- of girorekening van de arts. Voor dit honorarium moest hij de verzekerden genees- en heelkundige hulp verstrekken met uitzondering van vaccinaties, verloskundige hulp en hulp bij miskramen.

De verwijzing naar de specialist gebeurde door invulling, dagtekening, ondertekening en afgifte van een verwijskaart van het door de CvT vast te stellen model. De huisarts mocht om drie redenen een verwijskaart afgeven:

- omdat hij het nodig vond;
- omdat de verzekerde erom vroeg en hij ermee instemde;
- omdat de specialist een voortgezette behandeling nodig vond en de huisarts hiervoor zijn toestemming gaf.

Specialistische hulp werd uitsluitend poliklinisch verstrekt. Specialistische hulp kon in bijzondere gevallen aan huis bij de verzekerde worden gegeven, maar alleen als de huisarts met dit laatste instemde en in diens tegenwoordigheid. In de overeenkomst waren de volgende specialismen opgenomen: huid- en geslachtsziekten, heelkunde, keel-, neus- en oorziekten, kinderziekten, oogziekten, zenuw- en zielsziekten, orthopedie, gynaecologie, inwendige ziekten in hart, longen en andere organen, röntgenologie en vaccinaties. De kosten van de vaccins kwamen voor rekening van de verzekerden. Heilgymnastiek, massage, fysische therapie en stralenterapie werden nadrukkelijk uitgesloten, maar de CvT kon daarvoor afzonderlijke overeenkomsten sluiten. Dit zou niet gebeuren.

Bij het eerste consult moest de verzekerde de verwijskaart en zijn ziekenfondskaart overleggen. Hij kreeg van de specialist een kaart, die het recht gaf op hulp voor een maand in dat specialisme. Als de behandeling na het aflopen van de eerste verwijskaart moest worden voortgezet, dan gaf de specialist een herhalingskaart onder gesloten couvert aan de verzekerde voor de huisarts. Deze ondertekende de herhalingskaart en kruiste het vakje *wel of niet* voor de verdere behandeling aan. De verzekerde gaf deze kaart dan weer in een dichtgelikte envelop aan de specialist. De patiënt mocht het niet in zijn hoofd halen om te kijken wat hij mankeerde! Alle fondsen gebruikten hetzelfde model verwijs- en herhalingskaart.

Als een huisarts niet met voortgezette specialistische behandeling instemde, dan kon de specialist de maandkaart door de verzekerde laten betalen en het geval aangeven bij de CvT. Deze besliste over de vergoeding, na overleg met de huisarts en de specialist.

De specialist moest bij het voorschrijven van genees- en verbandmiddelen dezelfde procedures als de huisarts gebruiken. Gipsverbanden, -corsetten, -bedden en -spalken mocht hij declareren tegen kostprijs. Extra onkosten voor het gebruik van operatiekamers bij bijzondere verrichtingen mocht hij niet in rekening brengen.

De specialisten kregen hun honorarium uit de specialistenpot.³²² Het totaalbedrag werd berekend door het aantal bij een fonds ingeschreven betalende verzekerden in de categorie van 25 cent, geteld op alle maandagen van het kalenderkwartaal te vermenigvuldigen met f 1,08 en te delen door 52.³²³ Voor de andere premiecategorie werd de vermenigvuldigingsfactor f 1,62. Deze berekening was ingewikkelder dan in Amsterdam, waar in 1922 een abonnementshonorarium werd ingevoerd. De ziekenfondsen betaalden daar aan de specialistenvereniging f 1 per betalend lid en f 0,25 per kind. De SOU kreeg bij iedere betaling een lijst met de aantallen verzekerden, die op iedere maandag van het betreffende kwartaal ingeschreven waren. De SOU regelde de verdeling van de honoraria aan de hand van de naar de specialisten doorverwezen aantallen patiënten.

Het specialistencontract legde voor de eerste maal in een afzonderlijke overeenkomst de verhouding huisarts-specialist-verzekerde vast met wederzijdse rechten en plichten. De specialisten waren vroeger onzeker van hun inkomsten, maar konden nu rekenen op een garantie-inkomen uit de ziekenfondspremies. Het had voor de ziekenfondsen het grote voordeel dat de specialistenkosten nu beheersbaar waren en dit voor de premieberekening een bekende kostenpost was. De specialisten konden nog wel proberen behandelingen te rekken tot een of meer herhalingskaarten, maar zij sneden daarbij in eigen vlees. De SOU kon onder hen niet meer verdelen dan de fondsen op basis van de verzekerdentallen honoreerden.

De apothekerspraktijk

Een apotheker mocht meer apotheken hebben, maar tekende voor iedere apotheek apart het apothekerscontract. Bij iedere apotheek mochten maximaal 6.000 betalende verzekerden ingeschreven staan. Hij verplichtte zich geneesmiddelen en verbandstoffen te leveren aan de verzekerden op recept van:

- de huisarts;
- de waarnemend huisarts of een bij een spoedgeval ingeroepen arts;
- een specialist, vermeld op een speciaal aan de apothekers verstrekte lijst van specialisten, nadat de verzekerde de polikliniekaart kon tonen;
- een aan de ziekenfondsen verbonden tandarts;

- de verloskundige polikliniek.

Geneesmiddelen werden bij de verzekerde thuisbezorgd. De verpakking van de geneesmiddelen moest door de CvT worden goedgekeurd. Als de apotheker voor dezelfde verzekerde van verschillende artsen recepten kreeg, dan moest hij dit melden bij de CvT. De recepten mochten alleen worden klaargemaakt aan de hand van een door de CvT verstrekte lijst met soorten en hoeveelheden geneesmiddelen. Deze lijst werd jaarlijks herzien

Binnen acht dagen na het verstrijken van het kwartaal stuurde hij aan de fondsen een nota van de in dat kwartaal afgeleverde geneesmiddelen. Het apothekershonorarium bestond uit twee delen: een abonnement van f 2,74 per betalende verzekerde en een tarief voor de berekening van de geneesmiddelen. Dit tarief werd door de ziekenfondsen en de apothekers in onderling overleg vastgesteld met de volgende bepalingen:

- Voor de berekening van de prijzen werden de prijzen van de groothandel genomen, geldend op de tiende dag voor het einde van een kalenderkwartaal, verhoogd met 10%. De prijs van ieder bestanddeel van een recept werd afzonderlijk berekend en opgeteld.

- Voor de onkosten werd voor iedere aflevering 2,5 cent apart vergoed.

Bij de verrekening van alle medewerkershonoraria was de CvT het centrale administratieve orgaan. De Commissie was na 1925 de smeerolie van het Utrechts ziekenfondsbestel.

De Commissie van Toezicht en de ziekenfondsadministratie

De Utrechtse Commissie van Toezicht als controlerend en bemiddelend orgaan voor de uitvoering van een ziekenovereenkomst was uniek. In Amsterdam waren deze taken gescheiden opgedragen aan de Ziekenfondscommissie, het Controle-Bureau en de Specialisten-Commissie.³²⁴ In Den Haag werd in 1927 een Commissie van Toezicht op het ziekenfondswezen opgericht zonder een relatie met een collectieve overeenkomst.³²⁵ Deze Haagse commissie had nauwelijks controlerende taken en beperkte bemiddelende bevoegdheden.

De overeenkomst voor de CvT en het scheidsrecht was geen regeling tussen de huisartsen, de specialisten en de ziekenfondsen, maar van de NMG, de NMP en de Utrechtse ziekenfondsen. De taken van de CvT waren:

- de behandeling van geschillen en klachten, resulterend uit de uitvoering en de naleving van de drie overeenkomsten;

- controle op de uitbetaling van de honoraria;

- controle op de handhaving van de welstandsgrenzen;

- controle op het voorschrijfgedrag van de specialisten en huisartsen;

- toezicht op verwijzingen en herhalingen voor specialistische behandeling;

- controle van de apothekersrekeningen;

- samenstelling van de prijslijst van geneesmiddelen en verbandstoffen;

- toezicht op overvoering of royement van verzekerden door bode-actie;

- vaststelling van de grenzen van het werkgebied van de Utrechtse ziekenfondsen.

De CvT bestond uit vijftien leden: drie specialisten, drie huisartsen, drie apothekers en zes ziekenfondsvertegenwoordigers. Zij benoemden een dagelijks bestuur van vier leden, een huisarts, een apotheker, een specialist en een ziekenfondsafgevaardigde. De huisarts L. van de Perk werd voorzitter en zou dit blijven tot aan zijn dood in 1945.

Tijdens de eerste vergadering op 10 maart 1925 schetste de afgevaardigde van het RZ de werkwijze van de controlecommissie te Rotterdam.³²⁶ Het bestuur bracht daarop werkbezoeken aan Rotterdam en Amsterdam en kwam tot de conclusie dat voor de uitvoering van de controletaken een apart controlebureau nodig was. Men besloot de administratie van het Controle-Bureau van het Utrechtsche Ziekenfondswezen te laten voeren door een fulltime bezoldigd administrateur, L.E.A.T. ter Haar, tegen een salaris van f 2.000 per jaar.³²⁷ Deze had al voor de Ziekenfondsencommissie uit het vorige contract gewerkt. Het Controle-Bureau werd gevestigd aan de Neude 9. Het reglement en de administratieve werkwijzen van het Utrechtse Controle-Bureau werden gedeeltelijk overgenomen van de twee andere controlebureaus en aangepast aan de bepalingen van het Utrechtse contract.

Een afgeleide taak van de CvT was de instelling van het eerste formulierenmanagement en het opstellen van uniforme richtlijnen voor de administratie voor de Utrechtse ziekenfondsen. Zij stelde voor de medewerkersadministratie een uniform model voor de verwijs- en herhalingskaarten voor specialistische hulp vast, het polikliniek-receptenformulier en de formulieren voor de controle op de apothekersrecepten.

Voor de verzekerdenadministratie kwam er het *aanvraagformulier* of het aanmeldingsformulier, dat de verzekerde voor het aanvragen van de ziekenfondsverzekering moest invullen. Uit het ingevulde

formulier moest duidelijk worden bij welk ziekenfonds de betrokkene het laatst verzekerd was, of hij daar schuld had achtergelaten en hoe zijn gezinssamenstelling was. Bij ieder aanvraagformulier hoorde een welstandsverklaring of *welstandsformulier*. Voor ieder bij het ziekenfonds ingekomen aanvraagformulier werd een inschrijvingskaart ingevuld, waarop de verzekerden van een gezin werden genoteerd. De CvT stuurde de ziekenfondsen namen van de verzekerden, wier inkomen volgens de aanslagen van de inkomstenbelasting boven de welstandsgrens kwam. De fondsen waren verplicht deze leden binnen een maand af te schrijven.

De ziekenfondsen kregen van het Controle-Bureau inschrijvings- en royementskaarten en weekbordersellen om de artsen en apothekers hun verzekerdenlijsten te sturen en de honoraria te controleren. Alle inschrijvingskaarten werden door de ziekenfondsen op de wekelijkse inschrijfbordersellen genoteerd en de totalen van beide administratieve onderdelen moesten overeenstemmen. Dezelfde procedure gold voor de royementskaarten en de afschrijvingsbordersellen. De fondsen stuurden het Controle-Bureau iedere woensdag de mutaties van de voorgaande week. Controle op de overschrijving van verzekerden tussen de medewerkers onderling gebeurde met behulp van mutatiestaatjes. De verzekerdenadministraties van de Utrechtse fondsen werden hierdoor voor de eerste maal gestandaardiseerd met alfabetisch geordende kaartenbakken, registers en formulieren.

De ziekenfondsen maakten voor iedere arts en apotheker een rekening op, die 25 dagen na afloop van het kalenderkwartaal aan het Controle-Bureau werd toegezonden. De totalen van de honoraria van de rekeningen werden op een staat verzameld, waarop voor iedere medewerker het aantal van de op de laatste maandag van het afgelopen kalenderkwartaal op zijn naam ingeschreven verzekerden en het totaalbedrag van het honorarium werden genoteerd. Het Controle-Bureau stuurde de rekeningen door aan de medewerkers, maar bemoeide zich niet met de feitelijke betalingen. Het verstrekte de ziekenfondsen wel de formulieren voor de verzamelstaten.

De afwikkeling van de rekeningen van de apothekers was een verhaal apart. In Utrecht hadden de samenwerkende ziekenfondsen onvoldoende ervaring met de controle van de apothekersrekeningen.³²⁸

Er waren in Nederland echter geen goede voorbeelden. In Rotterdam werden de apothekers uitsluitend per abonnement betaald en was de controle niet nodig. In Amsterdam hadden de ziekenfondsen een administratieve kracht belast met de steekproefsgewijze controle, maar deze was onvoldoende gebleken. Een goede controlemethode was juist hard nodig om greep te krijgen op de stijging van de onkosten per recept en het aantal recepten per verzekerde.

De CvT benoemde een Pharmaceutische Commissie, die in mei 1925 de in het contract genoemde lijst met de soorten en hoeveelheden voor het voorschrijven van geneesmiddelen samenstelde.³²⁹ Deze lijst werd gestuurd naar alle huisartsen, apothekers en specialisten met de noodkreet dat de *ziekenfondsen in groote finantieele nood kwamen als de stijging van de kostprijs per recept en de groei van het aantal recepten zou voortgaan als de laatste kwartalen*. De lijst bleek behoorlijk volledig. B.G.-recepten werden haast niet voorgeschreven. In 1928 was dit 1,5% van alle recepten.³³⁰

Een van de meest gehoorde klachten van de apothekers was de janboel aan receptformulieren.³³¹ De Pharmaceutische Commissie zorgde daarom in 1926 voor standaardrecepten met de naam van de huisarts. Zij drong er bij de artsen steeds op aan de recepten te voorzien van het inschrijvingsnummer van de verzekerde.³³² Om de receptencontrole te vergemakkelijken kon worden gezorgd voor receptenboeken die in Rotterdam gebruikt werden. Dit waren boeken met een tabellarische opzet, die de CvT aan de ziekenfondsen verstrekte. De ziekenfondsen gaven deze weer op hun beurt aan de apothekers. Dezen moesten hun administraties aan deze boeken aanpassen. Zij noteerden de nummers van de recepten, de naam van de voorschrijvende arts en de kostprijs van het recept.

Dit tabellarische systeem werkte wel, maar het controleren van de recepten bleek zo'n arbeidsintensieve taak, dat dit werk gaf aan een fulltime administratieve kracht. Deze werd op 23 november 1926 aangesteld tegen een salaris van f 1.600 per jaar. De ziekenfondsen subsidieerden de helft van diens salaris. De apothekers betaalden voor hem 2 cent per ingeschreven verzekerde en het restant was voor rekening van de CvT. De taak van receptencontroleur was de eerste fulltime functie bij de verstrekkingenadministratie van de Utrechtse ziekenfondsen en werd de voorloper van het latere Recepten Uitreken en Codeer Bureau, het RUCB. De Pharmaceutische Commissie wees naar aanleiding van deze controles huisartsen met te hoge gemiddelde prijzen per recept op hun voorschrijfgedrag.³³³

De CvT probeerde dus op drie manieren de kosten van de geneesmiddelen te beheersen door:

- het geven van richtlijnen voor het voorschrijven van geneesmiddelen in soorten en hoeveelheden door middel van een lijst met standaardvoorschriften;
- de invoering van een uniforme administratieve organisatie en boekhouding voor alle Utrechtse apothekers;

- het verrichten van controles op alle door de Utrechtse artsen uitgeschreven recepten.

Het waren maatregelen, gericht op de aanbodzijde. De behoefte aan geneesmiddelen van de consument kon de CvT alleen beïnvloeden door de artsen te vragen hun receptenuitgifte te beperken.

De Commissie van Toezicht en het Controle-Bureau waren een succes. De ziekenfondsen voerden tot 1925 hun administraties op hun eigen wijze. De administraties van Ziekenzorg en VHZ verkeerden in het beginstadium van de professionalisering. Deze fondsen hadden een administrateur en een of twee klerken in volledige betrekking en soms dames in deeltijddienst voor drukke periodes of incidentele werkzaamheden. Liduina had een parttime administrateur, die de zaken met de penningmeester en de secretaris runde. Door de oprichting van het Controle-Bureau werden nieuwe administratieve middelen en methodes geïntroduceerd en bestaande methodes samengevoegd in een professionele administratieve organisatie, waar op uniforme wijze de administratie en de financiële handelingen werden verricht en gecontroleerd. Dit betekende voor de ziekenfondsen een grote stap naar de inrichting van een professionele fondsadministratie met kaartenbakken, typemachines en een fatsoenlijke boekhouding.³³⁴

CvT, ziekenfondsen, medewerkers en verzekerden

De relatie tussen de artsen, de apothekers en de ziekenfondsen verbeterde aanzienlijk door de samenwerking in de Commissie van Toezicht. Het Dagelijks Bestuur van de CvT vergaderde eens in de veertien dagen en behandelde daarbij problemen, klachten en eisen over verzekerdenzaken, nalatigheid bij de fondsen, gerommel door bodes en het gedrag en de wensen van de artsen, apothekers en specialisten. Hierdoor werden problemen opgelost, die vroeger de verhoudingen tussen de ziekenfondsen, de artsen en apothekers vaak vertroebelden. De communicatie tussen ziekenfondsen en de zorgaanbieders verbeterde. Informatie over medische veranderingen werd sneller doorgegeven.

Een belangrijk voorbeeld was de informatie die de specialist Cohen Tervaert in januari 1926 gaf over insuline, die door Organon speciaal voor ziekenfondsen werd geproduceerd. Insuline was nu betaalbaar geworden en kon zonder hoge kosten door de ziekenfondsen in het pakket worden opgenomen. Diabetici konden zich nu eindelijk laten inschrijven in het ziekenfonds. Voorheen werden zij als slechte risico's vaak geweigerd.³³⁵ Van 1926 tot 1929 werd met de Organon-insuline geëxperimenteerd en in 1929 werd deze als standaardvoorziening in het ziekenfondspakket opgenomen. De kosten van het experiment werden betaald door de specialistenvereniging.

Op aandringen van de specialisten werden in 1927 de verstrekkingen van hoogtezoon en bestralingen verbeterd. In 1929 dook in Utrecht Alastrim op. Alastrim, ook kafferpokken of vliegende tondel genaamd, was een pokkensoort die epidemische vormen kon aannemen. Door samenwerking van de fondsen, de artsen, de apothekers en de Utrechtse GGD kon deze ziekte door kosteloze vaccinaties voor de hele bevolking in bedwang worden gehouden.

Het ging niet altijd zo makkelijk. Pogingen om het serum tegen kinkhoest in te voeren hadden geen succes. In 1931 drong Liduina aan op de invoering van de anti-rachitispreparaten Dohyfral, Jecovital en Davitamon.³³⁶ Deze werden door de CvT van groot belang gevonden voor de gezondheidstoestand van de kroostrijke gezinnen van de Liduina-verzekerden, maar het bestuur van VHZ vond dit veel te duur. Gestandaardiseerde, goedkopere levertraan werkte volgens de VHZ-doktoren net zo preventief en de kinderen van Liduina moesten dat maar gewoon blijven slikken. Het Commissiebestuur vond deze redenering te bar. Jecovital werd opgenomen op de lijst van voor te schrijven geneesmiddelen. Davitamon en Dohyfral mochten op B.G.-recept worden gegeven bij ernstig zieke patiënten.³³⁷

In de overeenkomst van 1925 waren opnieuw bepalingen opgenomen om de eeuwige problemen tussen de bodes, de ziekenfondsen en de medewerkers op te lossen. Deze bepalingen werden omschreven met het begrip bode-actie.³³⁸ De ziekenfondsen mochten geen bodes van elkaar overnemen, tenzij de CvT dit toestond en zonder dat deze bodes verzekerden mee mochten nemen. Dit had in het verleden nogal eens aanleiding tot ruzie tussen VHZ en Ziekenzorg gegeven en werd nu gezien als *overeenigbaar met het algemeen belang van het Ziekenfondswezen te Utrecht*. Contacten tussen bodes en medewerkers werden na 1925 zo goed als uitgesloten. De manier waarop de ziekenfondsen hun bodenorganisatie inrichtten en het optreden van de bodes en agenten tegenover het publiek bleven de verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen zelf.

Conflicten door het overlopen van bodes en het elkaar grootschalig afsnoepen van verzekerden kwamen in de periode 1925-1933 niet voor. Dit was niet alleen te danken aan de uitvoering van de ziekenfondsovereenkomst, maar ook door de eensgezindheid van de bodes binnen de al langer bestaande bode-organisatie Door Eendracht Sterk, DES. Het Ziekenzorgbestuurslid Beckers was voorzitter van de DES en hij bemiddelde bij geschillen tussen de bodes, de CvT, de artsen en de verzekerden. De DES onderhandelde succesvol met Ziekenzorg en VHZ voor de verbetering van

arbeidsvoorwaarden door betere salarissen en pensioenvoorzieningen. De bodes droegen daarmee op hun manier bij aan de rust in deze periode.

De CvT fungeerde als ombudsinstelling voor de verzekerden. In 1928 verbood zij specialisten betaling te vragen aan patiënten die in een ziekenhuis verzorgd werden waar deze specialisten geen overeenkomst mee hadden.³³⁹ Sommige huisartsen berekenden voor bijzondere verrichtingen hun patiënten een willekeurig tarief, terwijl de mensen voor deze verrichtingen verzekerd waren. De huisartsen werden hiervoor persoonlijk op de vingers getikt. De CvT greep ook in toen bleek dat ziekenfondsmedewerkers, en niet de bodes, tegen hoge rentes geld leenden aan ziekenfondsverzekerden. Deze bodes werden ontslagen.

De CvT bemiddelde in geschillen tussen verzekerden en huisartsen, zorgde voor betalingsregelingen bij premieachterstanden of gaf toestemming voor de vergoeding van en hulpmiddelen, die volgens het contract of door de ziekenfondsen niet werden vergoed. De CvT was de eerste officiële instelling die de belangen van de individuele verzekerde tegenover de ziekenfondsen en de zorgverleners behartigde en deed daarmee baanbrekend werk.

Tijdelijke onrust: de contractherziening van 1928 en honorariumeisen

In 1928 werd de collectieve overeenkomst herzien. Door het verdwijnen van de Huisartsen- en Specialistenorganisaties van de NMG in 1925 werden de SOU en HOU veranderd in Erkende Utrechtsche Huisartsen Vereeniging, EUHV en Erkende Utrechtsche Specialisten Vereeniging, EUSV. Het ging echter niet om deze formalistische wijzigingen, maar zoals gewoonlijk om honorariumaanpassingen.

De specialisten kwamen in september 1927 met het verzoek hun abonnement te verhogen met 22 cent. Ziekenzorg voelde hier wel wat voor. De honorering van de specialisten was in Utrecht lager dan in Amsterdam en Rotterdam. Dit moest wel kunnen zonder premieverhoging, want volgens het ziekenfondscontract mochten de contributies niet worden verhoogd.³⁴⁰ De Utrechtse huisartsen en apothekers werden beter betaald dan elders en daarom zouden zij wel een veer voor de specialisten kunnen laten. De ziekenfondsen zouden zelf ook kunnen bijdragen, want door de controles van het Controle-Bureau hadden zij op hun kosten kunnen besparen en reserves gekweekt.³⁴¹

O. de Weerd, de voorzitter van Ziekenzorg, stelde in overleg met het hoofdbestuur van de NMG een betere verdeelsleutel voor de honoraria op, die echter door de apothekers en de huisartsen werd geweigerd. De specialisten probeerden daarna hun eisen kracht bij te zetten door het zaaïen van tweedracht. Zij boden Liduina en Ziekenzorg aan hun verzekerden op de gebruikelijke manier op de poliklinieken te laten behandelen, terwijl de leden van VHZ moesten betalen.

Na een 25 vergaderingen durend gepalaver werd door VHZ een compromis voorgesteld. De specialisten zouden f 1,23 per verzekerde krijgen, de huisartsen zakten van f 4,32 naar f 4,25 en de apothekers van f 2,74 naar f 2,70. De kostenverdeling voor de ziekenfondsen werd volgens dit voorstel: huisartsen 37%, specialisten 11%, apothekers 25% en voor de beheerskosten van de ziekenfondsen 27%.³⁴² Ziekenzorg stelde voor de leeftijdsgrens te verlagen van 17 naar 16 jaar, waardoor de honorariumverlaging van de huisartsen en apothekers werd gecompenseerd.

Liduina stemde hier onder protest mee in, maar kon niet anders.³⁴³ De artsen en apothekers accepteerden de voorgestelde regelingen. Wefers Bettink verklaarde dat de ziekenfondsen, ook VHZ, hoorden *te waken voor de belangen van hun verzekerden*, die geen boycot of andere acties konden verdragen. Het was gevaarlijk de onderlinge verhoudingen op de spits te drijven, want de artsen en apothekers hadden een te groot belang bij het grote aantal verzekerden van Ziekenzorg. De leeftijdsgrens van 16 jaar werd ook in andere plaatsen gehanteerd en was niet te laag.

De regeling werd door Ziekenzorg geaccepteerd omdat een wettelijke ziekenfondsregeling nog steeds achterwege bleef. *Volledige samenwerking van de verschillende organen die de arbeiders zich zelf hebben geschapen met die der geneeskundigen* werd noodzakelijk gevonden, maar de onderlinge ziekenfondsen kregen steeds meer behoefte aan medische voorzieningen en geneeskundige inrichtingen, eigen instellingen, die zij zelf konden beheren zonder afhankelijk te zijn van de nukken en grillen van de georganiseerde artsen.³⁴⁴ Het Ziekenzorgbestuur bleef in de grond van zijn hart de ideologie van de onderling beheerde ziekenfondsen aanhangen, ook al had het zich sinds 1905 gecommitteerd aan de richtlijnen van de NMG. Eind 1933 zou dit onder andere de oorzaak zijn van de grote Utrechtse ziekenfondscrisis.

Over deze ontwikkelingen later meer. Tot die tijd bleven artsen, apothekers, specialisten en ziekenfondsen in redelijke harmonie samenwerken onder het toezicht van de Commissie van Toezicht. Het laatste middel om geschillen op te lossen, het scheidsgerecht, werd in deze periode niet gebruikt.

Verstrekkingen, verzekerden en praktijken, 1925-1933

Doordat alle artsen, apothekers, specialisten en ziekenfondsen hun administratieve gegevens bij de CvT ter controle inleverden, bieden de jaarverslagen van 1925-1932 van het CvT gegevens over de verstrekkingen en de verzekerdenadministraties voor het hele Utrechtse ziekenfondswezen.

Uitsluitend in dit tijdvak zijn ook de cijfers voor de praktijken van niet-georganiseerde artsen bekend. Na 1934 zijn de cijfers van de CvT nog wel betrouwbaar, maar gelden dan alleen voor de aangesloten fondsen Liduina, RVS en NAZ. Ziekenzorg had haar lidmaatschap van de CvT met ingang van 1 januari 1934 opgezegd en voor de laatste 3 weken van 1933 geen cijfers meer ingeleverd. Wijkbelang verstreekte geen cijfers, maar had minder dan 100 verzekerden en speelde bij de statistiek geen rol van betekenis.

-CCC-

Aantallen betalende verzekerden op 31 december/1 januari, 1926-1933

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
VHZ	22.240	22.896	24.082	25.810	28.554	29.264	30.222	29.542
Ziekenzorg	9.592	3.812	10.345	11.175	12.536	12.978	13.739	13.378
RVS	3.762	3.812	3.889	4.014	4.365	4.456	4.535	4.417
Liduina	2.194	2.263	2.514	2.891	3.497	3.867	4.252	5.130
NAZ	627	642	674	770	928	952	994	955
Totaal	38.415	39.792	41.504	44.660	49.880	51.346	53.742	53.422
Toename in %		3,5	4,05	7,6	11,69	2,9	4,6	-0,6
Bevolking	151.055	151.660	151.648	153.208	154.882	156.194	157.924	159.895
% verzekerden	25,5	26,2	27,4	29,2	32,2	32,9	34	33,4

De verzekeringsgraad steeg van 1926-1933 met bijna 50%. De verlaging van de leeftijdsgrens in 1929 veroorzaakte wel een stijging van het aantal verzekerden, maar deze was niet hoger dan in 1928. De gevolgen van de crisis van 1930 werden gedeeltelijk opgevangen door een betalingsregeling voor de werkloze ziekenfondsleden.

Gemiddelde huisartsenpraktijk grootte, berekend aan de hand van het aantal op 31 december/1 januari bij de arts ingeschreven betalende verzekerden, 1926-1933

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
<100	11	9	9	10	7	7	6	8
100-500	11	12	14	11	10	8	10	11
500-1.000	14	12	10	11	14	11	12	14
1.000-1.500	8	8	6	5	6	7	7	7
1.500-2.000	3	6	9	8	4	5	4	5
2.000-2.500	3	2	3	5	7	8	7	7
2.500-3.000	1	1			2	2	4	2
Totaal	51	50	51	50	50	48	50	54
Gemiddelde	753	796	812	893	998	1.069	1.070	990

Gemiddelde apothekerspraktijkgrootte, berekend aan de hand van het aantal op 31 december/1 januari bij de apotheker ingeschreven betalende verzekerden, 1926-1933

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
<100	1		1	2	2	2		4
100-500	4	3	2	2	4	4	6	5
500-1.000	2	2	3	3	4	4	3	5
1.000-1.500	7	9	8	6	5	4	4	2
1.500-2.000	4	3	4	5	3	4	3	3
2.000-2.500	1	2		1	2	2	3	2
2.500-3.000	2	2	1	1	1	3	1	2
3.000-3.500	2	2	1	1	2	3	2	1
3.500-4.000	1		2	1	1	1	2	1
4.000-5.000		2	2	3	1		1	1
5.000-6.000					2	3	2	1
Totaal	24	25	24	25	27	30	27	27
Gemiddelde	1.600	1.730	1.729	1.786	1.847	1.902	1.982	1.979

-FFF-

Betaalde honoraria en de gemiddelde honorariumkosten in guldens per betalende verzekerde, 1926-1932

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932
Huisartsen	167.452,00	176.159,94	185.148,75	197.011,99	215.550,51	223.361,83	227.701,49
Specialisten	41.862,97	44.052,90	53.558,08	57.044,51	61.420,34	64.689,06	65.868,81
Apothekers	106.302,38	111.760,70	117.535,30	125.219,11	134.870,05	142.005,86	144.746,81
Totaal	315.617,35	331.973,54	356.242,13	379.275,61	411.840,90	426.065,75	438.317,11
Kosten/verzekerde	8,22	8,34	8,58	8,51	8,26	8,36	8,16

Kosten in guldens van de verstrekking van genees- en verbandmiddelen, 1926-1932. De kosten van de insulineverstrekking werden apart berekend.

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932
Aantal Recepten	385.149	409.816	431.360	472.967	500.588	530.584	561.666
Kosten receptuur	57.046,60	57.485,08	63.911,77	68.833,32	75.451,89	75.465,87	73.896,48
Kosten/recept	0,15	0,14	0,15	0,15	0,15	0,14	0,13
Aantal verzekerden	38.415	39.792	41.504	44.560	49.880	51.436	53.724
Kosten/verzekerde	1,49	1,44	1,54	1,54	1,51	1,47	1,38
% toename kosten/verzekerde		-3,4	3,4	0	-1,3	-1,3	-7,4

De grootte van de ziekenfondspraktijk, zowel van de apothekers als van de huisartsen groeide. Niet alleen de gemiddelde praktijk, maar ook het aantal grote praktijken nam toe. Deze groei werd veroorzaakt door de toename van het aantal verzekerden. De hoeveelheid huisartsenpraktijken met 100-1.500 verzekerden bleef constant. Het aantal apotheken met minder dan 1.000 verzekerden werd groter. Sinds 1930 waren er apotheken met meer dan 5.000 verzekerden.

De ziekenfondspraktijken bleven qua grootte binnen de normen van de overeenkomst. Hiermee werd aan de wensen van de artsen en de ziekenfondsen voldaan. De artsen zouden voldoende inkomen hebben uit de ziekenfondspraktijk en tijd hebben voor een geregeld leven, waardoor zij gelegenheid zouden krijgen tot studie en bijscholing. De verzekerden konden daardoor voldoende aandacht krijgen en hun behandeling zou verbeteren. Het werkelijke effect van de praktijkbeheersing is echter niet meetbaar.

De kosten van de honoraria en de receptuur stegen van 1926-1932 van f 372.663,99 naar f 512.213,59, $\pm 37\%$. Deze stijging werd veroorzaakt door:

- toename van de vraag naar medische hulp door groei van het aantal verzekerden en de groei van vraag zelf. Door de toepassing van het abonnementshonorarium voor specialisten en huisartsen werd door de toename van het aantal verzekerden automatisch een hoger bedrag uitgekeerd, onafhankelijk van het premietarief dat de verzekerden betaalden.
- uitbreiding van het verstrekkingenpakket met specialistische verrichtingen;
- aanpassingen van de specialistenhonoraria in 1929.

De maatregelen voor de kostenbeheersing voor genees- en verbandmiddelen hadden succes. De kosten voor de receptuur stegen wel ongeveer 30%, maar de kosten per recept bleven gelijk en daalden zelfs na 1930. De kosten per verzekerde namen af. Het aantal recepten steeg met 45%. De vraag naar medicijnen en verbandmiddelen was niet te stuiten.

Door het toepassen van het abonnementshonorarium volgens het potstelsel bij de betaling van de specialisten bleef de groei van de kosten van de specialistische hulp voor de ziekenfondsen beperkt tot de groei van het aantal verzekerden en was deze voor de verzekering geen open eind-financiering meer. Het aantal verwijskaarten nam toe van 9.678 in 1926 naar 13.735 in 1933, de verwijzingen naar de Universiteitspoliklinieken uitgezonderd. Het Controle-Bureau verstreekte de huisartsen meer verwijskaartformulieren dan de specialisten terugstuurden. De CvT vermoedde dat steeds meer verzekerden zich op de Universiteitspoliklinieken lieten behandelen ten koste van de Utrechtse specialisten, maar kon hier niets aan doen.³⁴⁵

Het broze marktevenwicht, 1925-1933

Het Controle-Bureau en de CvT werkten efficiënt en bewezen dat zonder wettelijke regelingen de Utrechtse ziekenfondsen, de artsen en apothekers hun eigen formele overlegorganen en administratiekantoren konden laten functioneren. Zij droegen bij tot het succes van de uitvoering van de overeenkomst van 1925 doordat alle contractpartijen zich hielden aan de richtlijnen en de bemiddeling van de twee instellingen. De doelstellingen van de ziekenfondsovereenkomst en de instelling van CvT werden gerealiseerd: het regelen van de verhoudingen tussen de ziekenfondsen, de artsen en de apothekers, het stabiliseren van de kosten van de artsenhulp en de farmaceutische verstrekkingen en het regelen van een goede geneeskundige verzorging voor de ziekenfondsverzekerde.

De uitvoering van de tweede Utrechtse ziekenfondsovereenkomst was dus een succes, maar het succes was broos. Het contractstelsel werkte alleen als alle partijen meewerkten. Na de afscheiding van Ziekenzorg in december 1933 werd de eenheid in de Utrechtse gezondheidszorg verbroken en werkte de CvT alleen voor de overgebleven contractfondsen. Aan de belangrijkste voorwaarden voor kostenbeheersing en een goede en uniforme behartiging van de belangen van alle Utrechtse ziekenfondsverzekerden kon na 1933 niet meer worden voldaan.

De door de ziekenfondsen en zorgaanbieders vrijwillig overeengekomen eenheid uit de periode 1925-1933 kan worden omschreven als de bloeitijd van het Utrechtse contractstelsel. De Utrechtse relatie artsen-ziekenfondsen was harmonieus en zou nooit beter worden.

Het succes was niet alleen broos, het was ook beperkt. De ziekenfondsovereenkomst zorgde niet voor een goede regeling van de gehele gezondheidszorg voor de Utrechtse ziekenfondsverzekerde. Het bleef een regeling tussen artsen, apothekers en ziekenfondsen. De verzekering voor ziekenhuisverpleging kwam niet van de grond en was voor de gemeente en voor de patiënten en hun familie een grote financiële last. De CvT, de ziekenfondsen en de artsen onderhandelden wel met de gemeente, maar dit had voor 1933 geen resultaat.

Klinische specialistische hulp, tandheilkundige zorg en paramedische zorg bleven buiten het contract. De invloed van de specialisten werd steeds groter. Het aantal erkende specialismen groeide. Zij konden hun honorariumeisen steeds meer kracht bijzetten, maar hun inbreng in het verstrekkingenpakket bleef beperkt tot de poliklinische hulp. De tandartsen kregen met hun NMT ook in Utrecht geen toegang tot de ziekenfondsverzekering. Ziekenzorg zorgde zelf voor tandartsen en vergoedingsregelingen, waarna Liduina en VHZ daarna met dit fonds een overeenkomst sloten. Paramedische zorg werd evenmin geregeld. Fysiotherapie werd nadrukkelijk van de overeenkomst uitgesloten, over wijkverpleging werd niet gesproken en onderhandelingen voor een contract voor verloskunde mislukten in 1928. De ziekenfondsen vergoedden deze verstrekkingen niet of op hun eigen manier.

De overeenkomst was ondanks deze broosheid en beperktheid voor de Utrechtse ziekenfondsverzekering een zegen. De verzekerde kreeg een gegarandeerde artsenhulp en goede geneesmiddelen tegen een stabiele en betaalbare premie. De ziekenfondsen zelf kregen te maken met professionalisering door het begin van een uniforme administratieve organisatie en controlemaatregelen en richtlijnen, opgelegd door externe organen. De artsen en apothekers hadden ook niet te klagen. Zij waren gevrijwaard van de nadelen van een ongeregelde ziekteverzekering van hun grootste patiëntengroep, kregen op tijd een goed en vast honorarium en hoefden zich niet bezorgd te maken om onderlinge concurrentie. In de periode 1925-1933 waren de Utrechtse artsen, apothekers en ziekenfondsen grotendeels zelf in staat om te zorgen voor een goede en betaalbare ziekenfondsverzekeringsregeling, waar de landelijke overheid niet in slaagde.

2.14 De ziekenfondsen en artsen in Utrecht; meningen, misverstanden en crises, 1933-1940

1933 werd voor het ziekenfondsbestel in de stad Utrecht een belangrijk jaar. Op 31 december liep de collectieve overeenkomst af. Het afsluiten van een nieuw contract zou moeilijk worden.

Op het landelijk niveau speelde de strijd tussen de NMG met de onderling beheerde ziekenfondsen onder de paraplu van de Landelijke Federatie en de vakbonden om de macht bij de ziekenfondsen, waarbij de overheid met voorstellen voor pariteit trachtte te bemiddelen. Ziekenzorg was indirect bij dit conflict betrokken. Het fonds was actief lid van de Landelijke Federatie. Bestuurslid Van Schaik was secretaris van de Federatie en motor achter de Algemeene Raad ten behoeve van het ziekenfondswezen. Het bestuur van Ziekenzorg had zich steeds loyaal opgesteld bij de uitvoering van de Utrechtse ziekenfondsovereenkomst en probeerde conflicten met VHZ, de Utrechtse artsen en apothekers door overleg in de Commissie van Toezicht op het Utrechtsche Ziekenfondswezen zo veel mogelijk uit de weg te gaan. Dat de spanning tussen de twee fondsen in 1932 en 1933 opliep bleek onvermijdelijk.

De Utrechtse ziekenfondsen en de crisis

De werkloosheid, het gevolg van de crisis, had voor de verzekerdenbestanden van de Utrechtse ziekenfondsen geen grote gevolgen. De werklozen probeerden zo lang mogelijk hun lidmaatschap aan te houden. Het ledenverlies bleef voor Ziekenzorg, VHZ, het Nederlandsch Algemeen Ziekenfonds en het Rotterdamsch Ziekenfonds in 1932 en 1933 beperkt tot 2 - 3% betalende verzekerden.³⁴⁶ Liduina was de uitzondering. De landelijke propaganda-acties van de katholieke vakbonden hadden in Utrecht succes, want het fonds groeide als kool: van 3.497 betalende verzekerden in 1929 tot 5.130 in 1933. VHZ en Ziekenzorg zagen twee middelen om hun ledenverlies te stoppen: crisisregelingen en acties voor ledenwerving.

Het eerste verzoek om een crisisregeling kwam in oktober 1932 van het Burgerlijk Armbestuur uit Zuilen. Een deel van Zuilen behoorde tot het werkgebied van de Utrechtse fondsen. Dit Armbestuur verzocht de Commissie van Toezicht Zuilense werklozen tegen betaling voor de duur van ziekte bij de Utrechtse fondsen te mogen inschrijven, want het kon de kosten van de medische armenzorg voor werklozen niet meer opbrengen. Van der Perk stelde naar aanleiding van dit Zuilense verzoek voor om voor crisisregelingen te denken over collectieve contracten met de armbesturen en de Utrechtse dienst voor Maatschappelijk Hulpbetoon.

De Commissie van Toezicht begon nog in 1932 met onderhandelingen met de gemeentebesturen van Zuilen en Utrecht voor premiesubsidies. Liduina, VHZ, het NAZ en het RZ, verenigd in de Crisis Regelings Commissie, verstrekten na 1 oktober 1934 premiereductie. De kosten van deze reductie werden betaald uit de honoraria van de medewerkers, die vrijwillig 5% afstonden.³⁴⁷ De gemeentes Zuilen en Utrecht sloten op 1 september 1935 met deze Commissie en Ziekenzorg afzonderlijk een contract voor crisisregelingen. De gemeenten en de fondsen gaven elk 25% subsidie op de werklozenpremies.³⁴⁸

De wens tot de invoering van crisisregelingen en de uitvoering van de collectieve overeenkomst was in 1932 nog het enige dat VHZ en Ziekenzorg gemeen hadden. De kloof tussen VHZ en Ziekenzorg groeide door ideologische en persoonlijke tegenstellingen. Het aflopen van het ziekenfondscontract maakte de spanning tussen het fonds, VHZ, de artsen en de apothekers door te verwachten honorariumeisen traditiegetrouw groter.

Landelijke invloed op lokale spanningen: VHZ wordt Maatschappijfonds

Ziekenzorg stelde zich steeds radicaler op. In augustus 1932 was voorzitter De Weerd overleden.³⁴⁹ De Weerd was vanaf 1922 voorzitter geweest en mede door diens gematigde houding in de relatie met de NMG en VHZ was de samenwerking in de CvT zo succesvol geweest. Van Schaik, de Federatieman, kreeg na het overlijden van de Weerd meer invloed in het fondsbestuur en drong Ziekenzorg steeds meer in het kamp van de vakbonden.³⁵⁰

Op 8 september 1932 kwam het fonds met de Utrechtse Bestuurdersbond en de Utrechtsche Christelijke Bestuurdersbond overeen, dat deze bonden voor het fonds propaganda-acties zouden voeren. Zij kregen daarvoor ieder een zetel in het fondsbestuur. Het bestuur had nog steeds een gemengde samenstelling van verzekerden en medewerkers, maar na september spraken Van Schaik en de vakbondsafgevaardigden hun voorkeur uit voor een bestuur, uitsluitend bestaand uit arbeiders. Het voorstel van Lietaert Peerbolte, de directeur-generaal van Volksgezondheid, voor de invoering van de pariteit met gelijke rechten voor medewerkers en verzekerden werd door hen als de ondergang van de onderling beheerde ziekenfondsen beschouwd.³⁵¹

Het VHZ-bestuur zag deze ontwikkelingen bij Ziekenzorg met gemengde gevoelens aan en probeerde met de plaatselijke vakbondsorganisaties overleg te plegen, maar zonder resultaat. In het januarinumnummer van het ledenorgaan van Ziekenzorg werd VHZ openlijk uitgemaakt voor een fonds, waar de bestuurders geen verantwoordelijkheid schuldig waren aan de verzekerden, en *steeds en altijd en overal vechten tegen het streven van b.v. Ziekenzorg*.³⁵² De acties van de bonden hadden succes. In december 1932 meldden zich 400 nieuwe Ziekenzorgleden. Desondanks daalde het ledental van het fonds door de werkloosheid in 1933 toch.

De verhouding tussen de fondsen verslechterde doordat twee bodes van VHZ naar Ziekenzorg overliepen en een bode van Ziekenzorg naar VHZ, hoewel deze acties in de ziekenfondsovereenkomst verboden waren. De onderlinge wrevel werd nog groter door de groeiende tegenstelling tussen de NMG-voorlieden Eggink en Diehl en Van Schaik. Eggink en Diehl beschuldigden Van Schaik Ziekenzorg te willen gebruiken als speerpunt in de strijd van de Landelijke Federatie en de Algemene Raad tegen de NMG. Van Schaik zou volgens hen niet bang hoeven te zijn dat de Ziekenzorgverzekerden bij een artsenboycot verstoken zouden blijven van medische hulp, omdat de poliklinieken van de Rijksuniversiteit deze hulp altijd gratis zouden verlenen.³⁵³ Zij dachten dat Van Schaik de Utrechtse huisartsen en specialisten wilde dwingen op de voorwaarden van de Federatie en van Ziekenzorg de verzekerden hulp te verstrekken.

Of Van Schaik werkelijk voor Ziekenzorg zulke verstrekkende plannen had, is niet bekend. Het NMG-Federatieconflict zou dan over de ruggen van de Ziekenzorgverzekerden worden uitgevochten en dat was sociaal niet te rechtvaardigen. In ieder geval had de betrokkenheid van Eggink onverwachte gevolgen. Hij overtuigde het VHZ-bestuur ervan dat het fonds zich als Maatschappijfonds bij de NMG moest aansluiten.³⁵⁴

Dit had twee voordelen. De betrokkenheid van de verzekerden in het bestuur zou VHZ een democratisch gezicht geven als tegenwicht tegen Ziekenzorg, dat volgens hem steeds meer trekken van een onderling beheerd ziekenfonds begon te vertonen.³⁵⁵ Ten tweede zouden de specialisten aan het fonds gebonden worden door hun een plaats in het bestuur te geven. Hun vertegenwoordiger werd de internist Lichtenbelt. De Utrechtsche Specialisten Vereeniging werd door deze bestuurlijke verantwoordelijkheid bij Utrechts grootste fonds gedwongen in het vervolg bij contractonderhandelingen één lijn te trekken met de huisartsen en dat was bij de besprekingen voor het contract in 1925 wel anders geweest. Eenheid in het kamp van de artsen was nu gegarandeerd.

Bij de deelname van de verzekerden drong Eggink aan op de invoering van pariteit en dat was voor Utrechtse begrippen heel radicaal. Het bestuur van het collega-Maatschappijfonds de Omstreken van Utrecht was niet paritair samengesteld. Bovendien had de NMG-afdeling zich op 28 april 1933 tegen de pariteit verklaard.³⁵⁶ Zij vond dat de positie van de huisartsen, de specialisten en de apothekers in een ziekenfondsbestuur niet mocht worden verzwakt door de samenvoeging tot één groep tegenover de verzekerden.

Eggink en Wefers Bettink, de voorzitter van VHZ, legden dit besluit naast zich neer en verklaarden dat zij met de gelijke macht van verzekerden en medewerkers vooruit wilden lopen op de te verwachten ziekenfondswet.³⁵⁷ Democratie was voor Wefers Bettink geen blok aan het been en hij zou in januari 1934 tegen de nieuwe verzekerdenbestuursleden trots meedelen dat VHZ het eerste Maatschappijfonds was dat het pariteitsbeginsel had toegepast.³⁵⁸

Op 20 juli 1933 verklaarde het bestuur van de Vereenigde Ziekenfondsen Sociëteit Voorzorg en Hulp bij Ziekte tot Maatschappij Ziekenfonds Voorzorg en Hulp bij Ziekte.³⁵⁹ Gelijktijdig werd de oude Vereeniging van Doktoren en Apothekers te Utrecht opgeheven. De Vereeniging was al sinds de overeenkomst van 1917 geen vakbond voor de medewerkers van de Voorzorg meer en met de omzetting van VHZ tot Maatschappijfonds schaarden de Utrechtse artsen zich volledig onder de NMG-paraplu.

Wie had ooit gedacht dat het oude VHZ zou veranderen van ouderwets dokters- en apothekersfonds in het meest democratische NMG-fonds van het moment? De Utrechtse artsen pasten zich onder druk van de oude erfvijand Ziekenzorg en de pressie van Eggink soepel aan aan de eisen van de tijd. Bij de voorbereidingen voor de oprichting van de Omstreken van Utrecht in 1931 en 1932 hadden zij nog verklaard niet aan de instelling van een Maatschappijfonds toe te zijn, waardoor de OvU als zelfstandig NMG-fonds moest worden opgericht. In juli 1933 hadden de huisartsen hun mening volledig herzien en accepteerden specialisten in het bestuur. De apothekers hadden met de veranderingen geen moeite en sloften achter de artsen aan. Zij keurden alle besluiten zonder discussie goed, als hun honorarium maar gegarandeerd bleef.³⁶⁰ De Utrechtse specialisten, geleid door Lichtenbelt, verleenden hun medewerking onder de voorwaarde dat hun honoraria zouden worden verbeterd.³⁶¹

En de 29.000 VHZ-verzekerden? Daarvan verschenen er 97 op 23 september 1933 op de eerste Algemene Ledenvergadering voor de aanwijzing van hun vertegenwoordigers in het bestuur en de benoeming van een college van verzekerden.³⁶² Het gros van de verzekerden vond het lidmaatschap van een ziekenfonds belangrijker dan discussies over Maatschappijfondsenideologie. De inbreng van de verzekerdenbestuursleden was minder dan in de Maatschappijfondsen de Omstreken van Utrecht en Amersfoort en Omstreken. Het bestuur werd gedomineerd door de huisarts Wefers Bettink, de specialist Lichtenbelt en de administrateur Snooy.

De ingrediënten voor een conflict tussen Ziekenzorg, VHZ en de georganiseerde artsen lagen in juli 1933 klaar: ideologische verschillen als gevolg van de landelijke strijd tussen de ziekenfondsorganisaties en de NMG, ruzie over ledenwerfacties, bode-acties en teruglopende ledentallen, nieuwe honorariumeisen en het aflopen van de status-quo door het einde van het ziekenfondscontract op 31 december 1933. Het zou een hard en naar conflict worden.

De Utrechtse ziekenfondscrisis; de gebeurtenissen in 1933

De belangrijkste gebeurtenissen op een rij:

- In juni 1933 zegden de Utrechtse huisartsen- en specialistenverenigingen hun medewerking aan het contract met de ziekenfondsen per 31 december op en verklaarden over nieuwe contracten te willen onderhandelen. Dit was een formaliteit.³⁶³

- De specialisten formuleerden in juli honorariumeisen voor de nieuwe overeenkomst.³⁶⁴ Daarbij verschilden de artsen van mening. De specialisten kregen volgens het lopende contract *f* 0,77 per ziel voor poliklinische hulp en zij wilden een hoger bedrag. Lichtenbelt, de voorzitter van de Utrechtse Specialistenvereniging eiste een verhoging tot *f* 2. Diehl, de secretaris van de NMG-Specialisten Commissie vond *f* 1,35 genoeg, terwijl Eggink *f* 1,50 wel een aardig gemiddelde vond. De eis werd *f* 1,50.

- Op 20 juli had het VHZ-bestuur het nieuwe reglement voor het Maatschappijfonds bij de Kamer van Koophandel gedeponereerd. In dit reglement werd gesproken over verhoging van huisartsen- en specialistenhonoraria tot de tarieven volgens de NMG-normen. Dit beschouwde het bestuur van Ziekenzorg nogal voorbarig als contractbreuk, hoewel VHZ verklaarde niet te denken over eenzijdige honorariumaanpassingen.³⁶⁵

- Op 6 november werd vergaderd over de manier waarop de onderhandelingen gevoerd zouden worden. VHZ was naar de mening van Eggink toen al een Maatschappijfonds. Maatschappijfondsen namen geen deel aan collectieve contracten, maar sloten individuele medewerkersovereenkomsten volgens het modelreglement van de NMG.³⁶⁶ VHZ zou wel aan een nieuwe overeenkomst kunnen deelnemen als deze werd afgesloten op NMG-voorwaarden.³⁶⁷

- Op 13 november verklaarden de Huisartsen en Specialisten Verenigingen een contract te hebben gesloten met VHZ.³⁶⁸ Eggink deelde Liduina, Ziekenzorg, het Rotterdamsch Ziekenfonds en het NAZ mee, dat zij afzonderlijk met de NMG en de NMP moesten onderhandelen. Dit bleek achteraf niet juist, maar deze manoeuvre zette kwaad bloed tussen de artsen, Ziekenzorg en Liduina terwijl de onderhandelingen nog moesten beginnen.

- Het NMG-hoofdbestuur vergaderde op 19 november met Van Schaik.³⁶⁹ Van Schaik wilde een ziekenfondsstrijd in Utrecht vermijden en verklaarde bereid te zijn een ziekenfondsovereenkomst op NMG-voorwaarden te accepteren, behalve de honorariumeis van de specialisten. Hij erkende dat *f* 0,77 per ziel te laag was, maar voor een aanpassing tot *f* 1,50 zouden de premies moeten worden verhoogd. Dit was niet te verantwoorden terwijl er tegelijk over premiereductie werd gesproken. De Utrechtse Specialisten Vereniging hield echter koste wat kost vast aan *f* 1,50, zelfs nadat NMG-prominenten als Hamaker, Kersbergen en Van Romunde³⁷⁰ en de Utrechtse GGD-directeur Schuckink Kool hadden aangedrongen op matiging.³⁷¹ Zij waren bang dat als gevolg van het Utrechtse geschil een strijd over heel Nederland zou losbarsten.³⁷²

De specialisteneis werd het breekpunt. Ziekenzorg en Liduina wilden de voorwaarden van de huisartsen en de apothekers zonder onderhandelen aanvaarden. De meerkosten, *f* 2.100 voor de huisartsen en *f* 2.520 voor de apothekers, waren voor Ziekenzorg op te brengen. De verhoging bij de specialisten zou op *f* 16.380 komen en dat was voor Ziekenzorg wel onbetaalbaar. Contributieverhoging zou Liduina en Ziekenzorg zoveel leden kosten, dat dit bedrag nooit op te brengen zou zijn.³⁷³ Ziekenzorg wilde onderhandelen, maar de specialisten, gesteund door de VHZ-huisartsen, weigerden dit. Zij voelden zich sterk, want hun VHZ was wel bereid de *f* 1,50 te betalen.³⁷⁴

De ziekenfondscrisis op het hoogtepunt: de artsen versus Ziekenzorg

De Utrechtse ziekenfondscrisis was compleet. Liduina moest onder druk van Eggink haar steun aan Ziekenzorg opgeven. Het gemeentebestuur van Utrecht stuurde de loco-burgemeester ter bemiddeling om uit de impasse te komen, maar zonder resultaat. Van Itallie, de oude ziekenfondsspecialist van de NMP en C.D. van Hemmes, de inspecteur van volksgezondheid, trachtten ook zonder succes de gemoederen te sussen. Ziekenzorg probeerde alsnog op 8 en 9 december met nieuwe voorstellen een overeenkomst met alle artsen en apothekers getekend te krijgen, maar de artsen bleven weigeren.³⁷⁵

Van Itallie was namens de NMP wel tot een overeenkomst bereid, maar een apothekerscontract kon alleen als onderdeel van een totaalovereenkomst worden afgesloten.³⁷⁶ De specialisten hadden ook voor de NMP een contract onmogelijk gemaakt. De apothekersorganisatie was doodongelukkig met de drammerigheid van VHZ. Zij kreeg nu te maken met de Ziekenzorgapothek, die net als de eigen apotheek van de Haagse Volharding een nagel aan haar doodkist was en als concurrent de luis in de pels van de Utrechtse NMP-apothekers werd.³⁷⁷

De halsstarrige houding van de specialisten over hun eis van 73 cent loonsverhoging had vergaande gevolgen. De oude overeenkomst liep op 31 december af en zonder deze overeenkomst zou geen Utrechtse arts of apotheker nog bereid zijn voor Ziekenzorg te werken. Het fonds moest in no-time zorgen voor eigen artsen en een eigen apotheek om de verzekerden hun gezondheidszorg te kunnen bieden. Tot overmaat van ramp raakte de NMT ook betrokken bij het conflict en moesten de twee Ziekenzorgtandartsen worden ontslagen.

Door kunst- en vliegwerk, de bemiddeling van Van Schaik en hulp van het Haagse ziekenfonds de Volharding lukte het binnen twee maanden om voldoende huisartsen, twee tandartsen en twee specialisten voor een loondienstverband aan te trekken en een eigen apotheek in te richten.³⁷⁸

Ziekenzorg beschikte nu over een bijna volledig pakket eigen instellingen, de vrije artsenkeuze werd voor de verzekerden beperkt tot de loondienstartsen.³⁷⁹ Het verloor daardoor de erkenning, die het in 1905 van de Utrechtse NMG-afdeling had gekregen.³⁸⁰ NMG-artsen en NMP-apothekers mochten niet meer voor het fonds te werken. Op 1 januari 1934 konden de verzekerden niet meer terecht bij hun vroegere huisartsen en apotheek, maar moesten zich bij een van de nieuwe artsen aanmelden. 3.500 verzekerden bleven liever bij hun eigen arts en zegden daarom hun lidmaatschap van Ziekenzorg op. Het fonds stapte op 1 januari ook uit de Commissie van Toezicht.

De specialisten hadden hun strijd op 1 januari 1934 nog steeds niet gewonnen, want er was nog geen nieuwe overeenkomst. Zij leden juist financiële schade omdat Ziekenzorg niet meer aan de specialistenpot bijdroeg. De schade voor de huisartsen en apothekers was nog groter door de hoge verliezen aan abonnementshonoraria en geneesmiddelen, die zij anders voor de verzekerden van Ziekenzorg hadden gekregen.

Uiteindelijk was gebeurd waar Hamaker, Van Romunde en anderen voor gewaarschuwd hadden: de stabiliteit in het Utrechtse ziekenfondswezen was verdwenen, doordat de specialisten met steun van VHZ Ziekenzorg definitief in het kamp van de Landelijke Federatie en de vakbonden hadden gedwongen en het fonds als contractpartij verloren was. Het Utrechts ziekenfondsbestel was na 1 januari 1934 in twee kampen verdeeld: het Maatschappijfonds VHZ, dat met Liduina, het RZ en het NAZ onder de paraplu van de collectieve overeenkomst samenwerkte, en het onderling beheerde Ziekenzorg. Deze verdeling zou blijven bestaan tot Ziekenzorg in 1943 door het Staatstoezicht met de andere fondsen gelijkgeschakeld werd en weer aan de overeenkomst moest deelnemen.³⁸¹

Het conflict werd begeleid door felle polemieken in de kranten over onderwerpen als vrije artsenkeuze, de rechten van de verzekerden en de politisering van ziekenfondsen. De belangrijkste pennenstrijders waren F.J. ten Cate, die als jonge huisarts in 1913 de Ziekenzorgpraktijk van Henriëtte Graanboom had overgenomen en J. Verton, de voorzitter van Ziekenzorg.

Ten Cate verweet Ziekenzorg de politiek in het Utrechts ziekenfondswezen te hebben gebracht. Toen hij zich in 1913 aan Ziekenzorg verbond was alles nog vredig. *Er was een arts, een zieke en een arbeidersfonds.*³⁸² Het rommelde wel tussen het fonds en de artsen, maar met het contract van 1925 konden de artsen *rustig hun heerlijk helpenden arbeid uitoefenen*. De Landelijke Federatie ter behartiging van het ziekenfondswezen wilde echter volgens Ten Cate in een *machtswaanidee* de strijd tot in alle hoeken van Nederland aangaan met *klein gedoe, neerhalen van de artsenstand en ophitsen tegen de geneesheeren*. Ziekenzorg had met haar actie zieken schade toegebracht door behandelingen te laten onderbreken en de collegiale verhouding tussen artsen te verstoren. Ten Cate had daarin wel gelijk. Het was mogelijk gebleken dat door twistende ziekenfondsen een *koeliehandel in zieken* gedreven werd.³⁸³ VHZ had daarbij net zoveel schuld als Ziekenzorg. De vrouwen van de Utrechtse verzekerden moesten opstaan tegen de ziekenfondsbesturen *wier trekken verhard zijn door den politiek strijd in het verleden*. De *Augiasstal* moest grondig worden gereinigd. Hij riep Van Schaik en

Verton op *het rapier te trekken en de wapens te kruisen, mits dat zij waardig blijven*. Hij daagde hen uit de bemiddeling van Lietaert Peerbolte in te roepen.

Verton en Van Schaik trokken hun rapier. Zij gaven Ten Cate gelijk dat hij eerbied voor de medische stand vroeg, maar daarna in zijn bewoordingen afzakte *tot het peil van den meest oppervlakkigen man in den straat* door het Ziekenzorgbestuur te kwalificeren als *koekebakkers*.³⁸⁴ Ziekenzorg gebruikte geen *duikboottactiek* als de NMG, die de ziekenfondsen door manipulatie dwong tot het accepteren van honorarium- en contributieverhogingen. Omdat Ziekenzorg niet week voor de eisen van de artsen en daarom van structuur moest veranderen was het nog niet *rood* en zeker geen politiek fonds! Van Schaik ging niet in op Ten Cates voorstel om de bemiddeling van de regering in te roepen als hij het niveau van zijn praatjes niet verhoogde. *Met dergelijke menschen discuteer ik niet* was zijn standpunt. Ten Cate produceerde *het gestamel van een zenuwpatiënt*.³⁸⁵

De kranten, de ziekenfonds- en vakbondsbladen stonden bol van dit soort artikelen en ingezonden stukken, de een nog bloemrijker dan de ander.

De artsen en de NMG als verliezers

De positie van de NMG was door de Ziekenzorgkwesitie sterk verzwakt. De werkloosheid onder de jonge afgestudeerde artsen was groot en velen bleken bereid te kiezen voor een loondienstpraktijk bij een onderling beheerd fonds als Ziekenzorg in plaats van een NMG-lidmaatschap. Het fondsbestuur had voor de nieuwe artsenpraktijken advertenties geplaatst en de reacties waren binnengestroomd. Eggink en het NMG-hoofdbestuur bedreigden deze artsen met zware boetes als zij ooit lid wilden worden van de NMG en een reguliere praktijk wilden beginnen. Deze boetes werden inderdaad opgelegd en liepen op tot f 5.000.³⁸⁶ De oude Ziekenzorgarts Stants kreeg een straf van f 8.000 omdat hij voor Ziekenzorg bleef werken.³⁸⁷ Hij stapte uit de NMG en betaalde niet. De NMG kon echter niets doen tegen de medisch hoogleraren, die als specialisten in de poliklinieken van de Rijksuniversiteit Ziekenzorgverzekerden hielpen.³⁸⁸ Zij hadden een ambtelijke status en waren daardoor verplicht iedere patiënt te behandelen.

De belangrijkste leden van de NMG waren over de Ziekenzorgkwesitie verdeeld. Het NMG-hoofdbestuur, Eggink en de artsen uit het VHZ-bestuur traden hard op tegen de collegae die op de hand van Ziekenzorg bleken. De Utrechtse NMG-afdeling kondigde een langdurende collegiale boycot af tegen Ziekenzorgartsen.³⁸⁹ Hamaker, Van Romunde en Schuckink Kool werden door het Hoofdbestuur ter verantwoording geroepen en berispt.³⁹⁰ Hamaker verweet Eggink gebrek aan tact *en gedecideerde onkunde en onervarenheid van de beteekenis van de contracten* en verklaarde dat deze eigenlijk schuld had aan de hele kwesitie. Eggink had de Utrechtse specialisten en huisartsen zo ver gekregen dat zij tot het uiterste waren gegaan. Ondanks zijn verweer dreigde Hamaker geschorst te worden.

De verdeeldheid in de NMG en bij de artsen onderling was door de houding van de Utrechtse specialisten alleen maar groter geworden. En dat terwijl Eggink en de zijnen juist een eenheidsfront wilden vormen in hun strijd tegen de Federatie en de vakbonden.

Het Utrechtse ziekenfondsbestel na de crisis, 1934-1941

Na 1 januari 1934 bestond het Utrechtse ziekenfondsbestel uit twee systemen: het onderling beheerde systeem in de vorm van Ziekenzorg en het contractstelsel, vertegenwoordigd door Liduina, VHZ en de commerciële fondsen. De verzekerden konden kiezen, maar de ideologie van de ziekenfondsstrijd liet, zoals de directeur van de GGD treffend stelde *het publiek natuurlijk volkomen koud*.³⁹¹ Alleen de Ziekenzorgverzekerden veranderden van fonds omdat zij bij hun huisarts wilden blijven, of omdat zij onder specialistische behandeling stonden. VHZ-verzekerden stapten niet over naar Ziekenzorg en Liduina-verzekerden bleven lid van hun eigen katholieke fonds.

Het fondslidmaatschap werd in en na 1934 meer door de bevolkingsgroei, de crisisregeling, ledenwerfacties en bodeacties bepaald dan door concurrentie op premie of verstrekking. De ledendaling ten gevolge van de werkloosheid werd in 1934 door de crisisregeling weer omgezet in een forse groei.

Zielenstanden van de Utrechtse fondsen op 31 december, 1934-1941³⁹²

	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941
VHZ	29.728	34.700	34.786	36.500	38.616	40.455	41.467	46.101
RZ	4.401	4.799	4.923	5.170	5.448	5.712	5.976	6.589
Liduina	5.973	7.495	8.573	9.561	10.535	11.432	11.773	12.803
NAZ	1.063	1.206	1.276	1.378	1.551	1.730	1.892	2.368
Z.z	9.200	10.022	12.544	14.667	15.265	15.505	15.537	17.039
Totaal	50.365	58.222	62.102	67.276	71.775	74.834	76.645	84.900
Bevolking	160.808	161.093	161.286	162.981	163.559	165.029	168.253	170.545

De verschillen in verzekering tussen de fondsen betroffen de welstandsgrens, vrijheid in artsenuitkeuze en beperkte verschillen in de verstrekkingenpakketten.

VHZ, Liduina, het RZ en het NAZ handhaafden de welstandsgrens. Ziekenzorg schafte deze in 1935 af. Dit principe, bedoeld om de particuliere praktijk van de artsen, apothekers en tandartsen te beschermen door de hantering van inkomensgrenzen, paste al bij de oprichting van Ziekenzorg in 1899 niet in de sociale opvattingen van een onderling beheerd fonds en werd na de losmaking van de banden met de NMG en de NMP weer in de koelkast gezet.³⁹³ Bij de wijziging van de statuten in 1935 werd het lidmaatschap opengesteld voor alle gezonde mensen.³⁹⁴

De fondsen beconcurrerden elkaar niet op premie. De Ziekenzorgverzekerden betaalden 25 cent voor alleenstaanden boven de 16 jaar en 50 cent voor een gezin.³⁹⁵ VHZ en de andere contractfondsen hanteerden tot 1941 dezelfde tarieven.³⁹⁶ De strijd van Ziekenzorg voor handhaving van de premietarieven had succes gehad.

De Ziekenzorgleden hadden een beperkte keuze aan medewerkers. Zij konden in 1934 kiezen uit acht huisartsen en een paar specialisten, afgezien van het beroep dat zij konden doen op de Universiteitsspecialisten.³⁹⁷ De praktijken van de Ziekenzorgartsen waren zodanig over de stad verdeeld dat de verzekerden hun huisarts in de buurt hadden. De andere fondsen stelden meer tandartsen ter beschikking, maar die hadden het zo druk dat zij net zoveel tijd hadden voor hun patiënten als de twee Ziekenzorgtandartsen.

De inhoud van de verzekering van de contractfondsen en Ziekenzorg was in 1934 bijna gelijk: de gebruikelijke huisartsenhulp, poliklinische specialistenzorg, geneesmiddelen, conserverende en chirurgische tandheelkundige hulp en tegemoetkoming in de kosten van verloskundige hulp. Ziekenzorg verstreekte nog de uitzending van zwakke kinderen naar vakantiekolonies, gratis brillen, breukbanden en platvoetzolen. VHZ gaf op de aanschaf van brillen en bandages uit de eigen optiekzaak N.V. Duurzaam, het latere Brilleglas, grote kortingen op luxe-monturen en bijzondere glazen.³⁹⁸

De verschillen in verstrekking bleven ook na 1934 beperkt. Liduina, VHZ, het RZ en het NAZ bleven als contractfondsen samenwerken in de Commissie van Toezicht en hielden hetzelfde pakket. Als Ziekenzorg haar faciliteiten uitbreidde, dan stelde de CvT ze een jaar later bij de contractfondsen in. In 1935 voerde Ziekenzorg diathermie in. Deze werd uitgevoerd in een gloednieuw Ambulatorium voor Röntgenologie en Radiotherapie.³⁹⁹ Op 16 juli 1936 vroeg J. Zegers, de afgevaardigde van Liduina in de CvT, bijna schuchter of er *iets gedaan kon worden aan diathermie* omdat Ziekenzorg dit gratis verstreekte.⁴⁰⁰ Specialist Lichtenbelt had een massa bezwaren. Met de invoering van een dergelijke behandeling zouden andere bestralingen moeten volgen. Hij moest toegeven, want Ziekenzorg was wel concurrent. Lichtenbelt zou met het Anthoniusgasthuis en de specialistenpoliklinieken gaan onderhandelen over het voordeligste tarief en voor de invoering van andere behandelingen. In 1936 werden overeenkomsten gesloten voor diathermie en kortegolfbehandeling. Op verzoek van Zegers werden sinds 1936 vaccinaties voor kinkhoest vergoed. De contractfondsen vergoedden na 1938 in beperkte mate logopedie.⁴⁰¹

De verstrekking aan tandheelkundige zorg verschilde weinig.⁴⁰² De verzekerden merkten het alleen in hun portemonnee. Zij moesten bij de contractfondsen na 1934 voor vullingen bijbetalen. Bij Ziekenzorg golden eigen bijdragen voor kunstgebitten en orthodontie. De tandheelkundige poliklinieken van de contractfondsen werden in 1934 samengevoegd in de Vereniging van Utrechtsche

Ziekenfondsen tot bevordering van tandheelkundige verzorging, de VUZBTV, om beter tegen de klinieken Ziekenzorg te kunnen concurreren. De vrije tandartskeuze bleef ook voor de verzekerden van VHZ, Liduina, het RZ en het NAZ tot de ziekenfondsklinieken beperkt. De fondsen konden, net als het Amersfoortse Maatschappijfonds niet met de NMT tot overeenstemming over een contract komen. De NMT stelde te hoge honorariumeisen en de fondsen handhaafden de VUZBTV met de verplichte praktijken.⁴⁰³

De coëxistentie van een onderling beheerd ziekenfonds en de contractfondsen had in Utrecht geen grote veranderingen in de verstrekkingenpakketten en de premies tot gevolg. De crisis van december 1933 was fel en zorgde voor een voorlopig onoverbrugbare ideologische kloof tussen Ziekenzorg en VHZ. De boycotmaatregelen van de NMG-afdeling hadden geen effect. Er waren veel jonge artsen die de voorkeur gaven aan een praktijk bij een onderling beheerd fonds boven werkloosheid en een lidmaatschap van een beroepsvereniging die door ruzies met zichzelf en de buitenwereld ongeloofwaardig dreigde te worden. Ziekenzorg kreeg ook de steun van sociaal-democratisch gezinde artsen als de oude getrouwe Stants. De concurrentie van Ziekenzorg dwong VHZ en de artsen juist tot terughoudendheid in hun honorariumeisen en tot aanpassing van hun ziekenfondsvoorzieningen aan het Ziekenzorgpakket.

De verzekering van klinische specialistische hulp en ziekenhuisverpleging

De crisis van 1933 werd een ideologische strijd, maar de aanleiding was een materiële oorzaak: de specialistenhonoraria.

De specialistische hulp bleef ook na 1933 voor de ziekenfondsverzekering bestaan uit poliklinische hulp. In 1934 werd een gemeenschappelijke huisartsen- en specialistenovereenkomst afgesloten. Het specialistenhonorarium werd verhoogd tot f 1,34 zonder dat de premies verhoogd werden. Na de decembercrisis waren de huisartsen en de apothekers bereid af te zien van hun eigen honorariumeisen en betaalden de verhoging van de specialistentarieven zelfs uit eigen zak.⁴⁰⁴ De specialisten hadden veel minder gekregen dan zij eerst hadden geëist. Dit contract werd in 1937 vernieuwd. De klinische specialistische hulp werd niet geregeld in de ziekenfondsverzekering, maar in de ziekenhuisverplegingsverzekering. Dit had een lange geschiedenis.

De ziekenfondsverzekerden werden ook na 1930 nog beschouwd als de minvermogende klasse. Zij werden in een van de Utrechtse ziekenhuizen opgenomen op indicatie van de directeur van de GGD en hun behandeling werd volgens de Armenwet gedeeltelijk door de gemeente betaald. De gemeente had contracten met de particuliere ziekenhuizen en het SAZU, waarbij eerst werd verwezen naar het SAZU. Als de zieken tegen deze verwijzing bezwaar hadden, dan konden zij op aanwijzing van de GGD naar een andere inrichting. De vrije ziekenhuiskeuze was beperkt. De specialisten hadden zich in 1908 contractueel verbonden de minvermogende zieken bij opname kosteloos te behandelen.⁴⁰⁵ Deze overeenkomst gold in 1930 nog steeds.

Het Utrechtse gemeentebestuur en de Commissie van Toezicht onderhandelden sinds 1926 over de regeling van de ziekenhuisverplegingsverzekering voor minvermogenden. Dit was gebeurd op voorstel van Wefers Bettink en de apotheker O. Stadig, nog namens de oude Vereeniging van Doktoren en Apothekers.⁴⁰⁶ De gemeente vorderde op grond van de Armenwet van de ziekenfondsverzekerden een forse eigen bijdrage, die door hen nauwelijks op te brengen was.⁴⁰⁷

De verpleegkosten van de Utrechtse minvermogenden waren van 1917 tot 1926 gestegen van f 175.276 naar f 267.934, de totale eigen bijdrage van f 12.623 naar f 48.557. Het percentage van de eigen bijdrage steeg van 7 naar 18.⁴⁰⁸ De individuele bijdrage was afhankelijk van het inkomen en wisselde van f 0,25 tot f 1,75 per dag.⁴⁰⁹ Een gezin van vier personen met een gemiddeld inkomen van f 25 per week was f 10 kwijt, 40% van het inkomen.⁴¹⁰ De bezwaren tegen de eigen bijdrageheffing namen toe nadat de gemeente in 1928 had besloten de tarieven te verhogen en het recht op verhaal bij onderhoudsplichtige familieleden strenger toe te passen.⁴¹¹

De ziekenfondsen trachtten door middel van de CvT in en na 1926 te onderhandelen voor *vrij opnamerecht en vrije ziekenhuiskeuze*, terwijl de gemeente de kosten juist wilde beheersen door de verwijzing via de GGD.⁴¹² De Utrechtse Specialisten Vereeniging steunde de ziekenfondsen.⁴¹³

De gemeente en de CvT discussieerden over twee principes: de compensatie van de eigen bijdrage of de financiering van de volledige ziekenhuisverpleging en klinische specialistische hulp door de verzekering zelf. De verzekering waarbij de ziekenfondsen de volledige verpleegkosten zouden dekken, was voor de gemeente zeer voordelig. Vrije ziekenhuiskeuze, opheffing van de medische controles en afschaffing van de toepassing van de Armenwet zouden dan mogelijk zijn, maar dat bleef een utopie. De verzekerden en de ziekenfondsen konden onmogelijk f 300.000 opbrengen en de gemeente zou dan toch subsidie moeten verlenen. De ziekenfondsen wilden ook geen contracten met

de ziekenhuizen zelf afsluiten, maar een contract met de gemeente, die in overleg met de ziekenhuizen de tarieven zou vaststellen.⁴¹⁴

De stemmen staakten. De gemeente hield vast aan beheersing van de opnamestroom, terwijl de fondsen en de specialisten vrij opnamerecht wilden. De fondsen deden in 1928 het voorstel om de gehele ziekenhuisverpleging voor hun rekening te nemen tegen een subsidie van 12 cent per verzekerde per week uit de gemeentekas. Zij waren dan bereid een eigen organisatie voor wijkverpleging in het leven te roepen, *waardoor ziekenhuisverpleging kan worden bekort, uitgesteld of vermeden*.⁴¹⁵ Het gemeentebestuur had weinig vertrouwen in dit vooruitstrevende voorstel, beschouwde het als onvoordelig en sprak zich uit voor een verzekering van de eigen bijdrage.

Het gemeentebestuur hakte na jaren onderhandelen op 15 juli 1933 de knoop door. De gemeenteraad besloot tot de invoering van een verzekering van ziekenhuisverpleging voor de ziekenfondsen.⁴¹⁶ De Burgerlijke Instelling voor Maatschappelijk Hulpbetoon zou met ieder ziekenfonds apart een contract sluiten, waarbij deze tegen een vast bedrag per verpleegdag, in het begin f 1,25, ziekenhuisverpleging en klinische specialistische hulp voor hun verzekerden zouden krijgen in de laagste klasse. De beperkte vrije ziekenhuiskeuze bleef bestaan om de kosten te beheersen. De premie werd door de gemeente vastgesteld op 16 cent per week voor een gezin en 8 cent voor een alleenstaande met een inkomen beneden de ziekenfondswelstandsgrenzen. Het maximum aantal verpleegdagen was 56 per ziektegeval per verzekeringsjaar. De gemeente zou toezicht houden op de verpleegtarieven en afzien van het verhaalsrecht.

De Commissie van Toezicht stemde op 18 september 1933 in, toen ook nog namens Ziekenzorg.⁴¹⁷ Het eerste contract werd op 15 januari 1934 getekend door Liduina.⁴¹⁸ Het Rotterdamsch Ziekenfonds aanvaardde de overeenkomst in april. Ziekenzorg tekende op 9 juli.⁴¹⁹ De fondsen hielden de ziekenhuisverpleging van de fondsverzekering gescheiden in zelfstandige verzekeringen. Alleen VHZ deed niet mee.

De gemeente dacht haar belangrijkste wensen voor de ziekenhuisverpleging te hebben gerealiseerd: beheersing van de kosten, verlichting van de lasten van de gemeentekas en het ontkoppelen van de verpleging van de Armenwet door deze met de ziekenfondsen gemeenschappelijk te financieren tegen uniforme voorwaarden. De ziekenfondsen konden eindelijk hun verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisverzorging van hun verzekerden nemen tegen een betaalbare verzekering.

De specialisten, de ziekenfondsen en het VHZ-ziekenhuisverplegingsfonds

Toch was het niet zo eenvoudig. De specialisten waren het namelijk niet eens met de manier waarop de gemeente het contract eigenlijk oplegde. Klinische specialistische hulp werd nog steeds niet volgens deze verzekering gehonoreerd, maar volgens de richtlijnen van de overeenkomst uit 1908. De opname- en specialistenkeuze bleven beperkt. Lichtenbelt en zijn collegae C.D. Kramer en J.N. Voorhoeve verklaarden als directeuren van de Emma-kliniek, de Diaconesseninrichting en het Homeopathisch Ziekenhuis dat de specialisten na 1 januari 1934 zouden weigeren nog kosteloos hun medewerking te verlenen voor de zorg voor minvermogende patiënten als dezen zich vrijwillig volgens deze regeling tegen de kosten van ziekenhuisverpleging hadden verzekerd.⁴²⁰ Zij wilden door deze formele verklaring tegelijkertijd hun honorariumeisen voor de poliklinische ziekenfondshulp kracht bijzetten en tegen het contract met de gemeente protesteren.

Lichtenbelt zag meer in een eigen VHZ-verplegingsfonds. Eggink, die iedere VHZ-bestuursvergadering bijwoonde, steunde hem daarin en kon het fondsbestuur in oktober 1933 overhalen tot de instelling van een speciale aanvullingsverzekering op het ziekenfonds.⁴²¹ Voor drie cent per persoon kregen de verzekerden recht op 28 verpleegdagen per jaar in een inrichting naar keuze met vergoeding van klinische specialistische hulp. Eggink en Wefers Bettink waren ervan overtuigd dat VHZ de controle op de opname en de verplegingsduur zelf beter kon uitvoeren dan de gemeente. De verzekerden kregen tegen deze controle recht van beroep, te beoordelen door een commissie van specialisten, aan te wijzen door de ziekenhuizen.⁴²² De rechten van de patiënten en de artsen zouden optimaal gewaarborgd zijn. VHZ ging geen contract met de gemeente aan.

Wefers Bettink was in januari 1934 wel bang voor verlies van verzekerden als de andere ziekenfondsen hun ziekenhuisverpleging gingen aanbieden.⁴²³ De gemeenteverzekering bood volledige en uitgebreidere voorzieningen dan de opzet van Eggink, ondanks de beperkingen bij de opnamekeuze. De problemen leken nog groter toen Maatschappelijk Hulpbetoon besliste dat het geen contract met VHZ zou aangaan. Het fonds zou geen minvermogenden verzekeren die tot de doelgroep van Maatschappelijk Hulpbetoon hoorden.⁴²⁴ Dit was onjuist, want VHZ hield zich aan de welstandsgrenzen van de ziekenfondsovereenkomst en werd door de Commissie van Toezicht

gecontroleerd. Het Maatschappijfonds had echter zijn reputatie tegen, want het had al sinds het begin van de eeuw de naam van middenstandsfonds.

De angst van Wefers Bettink bleek ongegrond. De VHZ-leden bleven gewoon bij hun fonds en sloten zich langzaam maar zeker bij de eigen verzekering aan. De voorziening werd zelfs populair toen het aanvullingsfonds in december 1934 omgezet werd in een volledig ziekenhuisverplegingsfonds. De verzekerden kregen daarbij met een kleine premieaanpassing zelfs recht op onbeperkte opnameduur, met als gevolg dat de populariteit van VHZ flink steeg. Het Dagelijks Bestuur kon op 18 september 1935 het gemeentebestuur er triomfantelijk op wijzen dat het aantal zielen in het VHZ-verplegingsfonds was gestegen tot 13.512.⁴²⁵

Het fonds werd zelfs bij het Liduinabestuur en het Rotterdamsch Ziekenfonds geliefd. De gemeente had in januari de inkomensgrenzen voor de ziekenhuisverpleging verlaagd tot onder de welstandsgrens van de contractfondsen. Veel verzekerden van Liduina zouden daardoor niet meer onder de ziekenhuisverpleging vallen, maar het fonds kon zelf geen verplegingsfonds bekostigen.⁴²⁶ Lichtenbelt zag een mogelijkheid tot het propageren van het VHZ-fonds. Hij deelde het katholieke fonds mee dat de specialisten de verzekerden van de andere fondsen geen gratis klinische hulp meer zou verstrekken, want de specialisten hadden het contract met de gemeente opgezegd.

Lichtenbelt kreeg bijval van Van de Wurf, Liduinabestuurslid van het eerste uur. Van de Wurf prees de onbeperkte opnameduur en de vrije opnamekeuze van VHZ als gunstig voor de moraalhandhaving bij het katholieke fonds boven het beperkte en duur geworden contract met de gemeente. Toch wilde hij zich niet met huid en haar overleveren aan VHZ en de specialisten en stelde een gezamenlijke regeling voor de contractfondsen voor. Overleg met Ziekenzorg was niet aan de orde. Dat bleef tot 1941 vasthouden aan de gemeenteregeling.

De gemeente had geen bezwaar tegen twee afzonderlijke Utrechtse ziekenhuisverplegingsverzekeringen.⁴²⁷ De NMG zag brood in een collectieve ziekenhuisverplegingsovereenkomst voor de Utrechtse contractfondsen, en VHZ wilde maar wat graag de andere fondsen tegemoetkomen door het eigen fonds om te zetten in een Overeenkomst inzake Ziekenhuisverpleging te Utrecht.⁴²⁸ Deze werd op 1 december 1935 getekend. De fondsen, verenigd in de Utrechtse collectieve ziekenfondsovereenkomst, werkten nu ook samen in de ziekenhuisverpleging.⁴²⁹ De specialisten en VHZ hadden een triomf en Liduina, het RZ en het NAZ konden hun verzekerden zelfstandig ziekenhuisverpleging bieden met onbeperkte opnameduur en vrije opnamekeuze.

De specialistische hulp die door de klinieken van de Universiteit werd verstrekt bleef tot 1939 gratis en viel buiten de verzekering. In februari 1939 besloot de directeur van het Stads- en Academisch Ziekenhuis tot de invoering een eigen bijdrage van 25 cent per consult voor ziekenfondsverzekerden.⁴³⁰ Hij kwam daarmee in conflict met de Specialisten Vereniging, die bang was dat de contractfondsen en Ziekenzorg hun verzekerden dit kwartje zouden terugbetalen ten koste van de stortingen in de specialistenpot voor poliklinische hulp.⁴³¹ Dit probleem werd opgelost door deze eigen bijdrage te vergoeden uit de verwijskaarten voor klinische hulp van de ziekenhuisverplegingsverzekering.

De klinische specialistische hulp voor de minvermogende ziekenfondsverzekerde was voor het eerst onafhankelijk van gemeentelijke subsidies in een overeenkomst door de ziekenfondsen en de Utrechtse Specialisten Vereniging geregeld. De NMG, vertegenwoordigd door VHZ, sloot voor de contractfondsen de overeenkomsten met de ziekenhuizen, trof een regeling met de Specialisten Vereniging en stelde in overleg met de Commissie van Toezicht een controlerend arts aan.⁴³² De fondsen betaalden 3 cent per week per betalende verzekerde aan de specialistenpot als honorarium voor de klinische hulp. Zij bleven zelf verantwoordelijk voor de inning van de premies en de administratie. De premie werd in 1936 vastgesteld op 8 cent per week per verzekerde boven de 16 jaar en voor kinderen op 2 cent. De Utrechtse ziekenfondsverzekerden konden daarmee een beroep doen op zelfgefinancierde ziekenhuisverpleging met volledige verzorging naar eigen keuze. Daar was geen wet aan te pas gekomen.

De ziekenfondsen na 1933

De crisis van 1933 had geen gevolgen voor de administratieve organisatie en de werkwijze van de contractfondsen. De Commissie van Toezicht bleef functioneren als centrale administratie voor de honorariumverrekeningen en als controleorgaan. Af en toe werden formulieren en berekeningswijzen aangepast. VHZ nam steeds meer CvT-taken over. In 1938 werd de receptuurcontrole volledig overgedragen.

De fondsen bleven verantwoordelijk voor de kwaliteit van hun eigen administraties. VHZ moderniseerde in 1934 op advies van de accountant de administratie. De mechanisering werd doorgevoerd met behulp van adresseermachines en boekhoudapparatuur. Het oude bodesysteem werd vanaf 1934 gedeeltelijk vervangen door het incasseerdersstelsel, waardoor de verhoudingen met de verzekerden verzakelijkten.⁴³³ Administrateur Snooy hield bij het Maatschappijfonds in het kantoor aan de Catharijnesingel 65 stevig de touwtjes in handen en deed ook nog de administratie voor andere instellingen als de VUZBTV en de Omstreken van Utrecht. Hij streefde met zijn collega Herman van Amersfoort naar een landelijke samenwerking van Maatschappijziekenfondsenadministrateurs en probeerde algemene organisatierichtlijnen voor NMG-fondsen in te voeren.⁴³⁴ Dit mislukte door de tegenwerking van de NMG bij de oprichting van ziekenfondsfederaties.

Het verstrekkingenpakket van VHZ werd in samenwerking met het NAZ in 1937 uitgebreid met thuisverpleging door een overeenkomst met de Utrechtse kruisverenigingen.⁴³⁵ Deze verzorgden daarvoor de thuiszorg en verstrekten verplegingsartikelen aan de VHZ-verzekerden, die een extra premie van 4 cent per week betaalden. Deze overeenkomst werd in 1939 door de CvT voor alle contractfondsen overgenomen.

De administratie van Liduina, gevestigd aan de Nobelstraat, werd in 1935 gemoderniseerd naar het voorbeeld van VHZ. Het bestuur stemde toe in mechanisering met behulp van een adresseermachine en ponsplaatjes.⁴³⁶ Het katholieke fonds onderhield nauwe banden met de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en voerde niet alleen de administratie voor deze bond, maar ook voor het Centraal Ziekenfonds.

Liduina probeerde de idealen van het katholieke arbeidersfonds van zelfwerkzaamheid en handhaving van de rooms-katholieke moraal zo goed mogelijk uit te dragen, maar was te klein om als Ziekenzorg voor eigen artsen te kunnen zorgen. Het was gedwongen zich te blijven aansluiten bij de door VHZ gedomineerde ziekenfondsovereenkomst met volledig vrije artsenkeuze, maar het was wel groot genoeg om in 1935 dwars te liggen bij nieuwe honorariumeisen van de specialisten en gelijkblijvende premies af te dwingen. Het Liduinabestuur probeerde de identiteit van het fonds te profileren door ondersteuning van werkloze gezinnen, met eigen wijkverpleging, door de relatie met de katholieke vakbond en door de contacten met het Aartsbisdom bij de expansie van het Centraal Ziekenfonds.

De Ziekenzorgadministrateur J. Rijpma wist in 1934 de afscheiding van de Commissie van Toezicht met het nodige overwerk op te vangen en breidde zijn administratie uit met het werk voor de eigen instellingen. De omschakeling in januari 1934 had het fonds aan de rand van de financiële afgrond gebracht, maar het werd gesteund door collegafondsen van de Landelijke Federatie. Deze fondsen hadden in 1934 al geen vertrouwen meer in de bedrijfsvoering van Rijpma en probeerden Ziekenzorg onder curatele te stellen.⁴³⁷ Het gevolg was een langdurig conflict tussen Ziekenzorg, de schuldeisers en de Landelijke Federatie. Ziekenzorg verruilde daarom in 1940 het lidmaatschap van de Federatie voor aansluiting bij de Landelijke Contactcommissie van Onderling Beheerde Ziekenfondsen.

De geschiedenis van Ziekenzorg zelf bleef na 1933 roerig met bestuurscrises en ledenoproeren.⁴³⁸ In april 1940 werd het fonds zodanig ingericht dat de verzekerden vertegenwoordigd werden door een ledenraad, waardoor de invloed van de verzekerden op de bestuursbeslissingen werd ingeperkt en het bestuur slagvaardiger kon optreden. Deze ledenraad benoemde het bestuur. Ledenraad en een commissie van Toezicht controleerden het bestuur. Ziekenzorg had in 1940 met deze beheersconstructie en de eigen instellingen de modelvorm van het onderlinge ziekenfonds bereikt.

Onderling beheerd met eigen instellingen of contractstelsel?

Contractfondsen of Ziekenzorg met eigen instellingen. De voor- en nadelen van de twee stelsels zijn moeilijk te bepalen.

De kwaliteit van de geleverde zorg is moeilijk meetbaar. De verslagen van de vergaderingen van de fondsbesturen, van de bijeenkomsten van de Commissie van Toezicht en van de deelnemers- en ledenvergaderingen geven alleen incidentele klachten en problemen van verzekerden met de medewerkers, of van medewerkers met de verzekerden. Deze kwesties werden veelal buiten de vergaderingen afgehandeld. De ziekenfondsverzekering was tot 1941 vrijwillig en verzekerden konden tweemaal per jaar van fonds wisselen. Als Ziekenzorgverzekerden ontevreden waren met hun huisarts of met andere voorzieningen uit het fonds konden ze vrij overstappen naar een andere Ziekenzorgarts of naar VHZ. Het omgekeerde gebeurde ook. Dit soort mutaties is niet te controleren.

Een concretere maatstaf is de kostprijs van het verstrekkingenpakket per verzekerde. Een vergelijking kan worden gemaakt aan de hand van de kosten voor huisartsenhulp, specialistische zorg, geneesmiddelenverstrekking, de tandheelkundige poliklinieken en bestraling. De administrateurs van de Commissie van Toezicht en Ziekenzorg hanteerden wel verschillende berekeningen bij de

vaststelling van hun exploitatieoverzichten, maar de inhoud van de ziekenfondspakketten was van 1936 tot 1940 vrijwel gelijk.

Het vergelijken van de beheerskosten voor de bedrijfsvoering van VHZ, Liduina, het NAZ, het RZ en Ziekenzorg is vrijwel onmogelijk. De commerciële fondsen gaven geen jaarverslagen uit. VHZ en Liduina verschilden te veel van elkaar doordat de administrateurs niet dezelfde gegevens verstrekten en Liduina voor haar administratie en propaganda veel gebruikmaakte van onbetaalde vrijwilligers.

*Berekening van de kosten per ziel in guldens van geneeskundige hulp, tandheelkunde en geneesmiddelenverstrekking bij Ziekenzorg*⁴³⁹

	1936	1937	1938	1939	1940
Huisartsen	56.916	56.776	57.434	69.402	74.724
Specialisten ⁴⁴⁰	24.750	22.396	18.893	21.355	25.484
Farmacie	40.511	41.767	41.835	42.596	48.434
Tandheelkunde	15.785	16.431	19.901	18.376	17.195
Totaal	137.962	137.370	138.063	151.729	165.537
Zielentotaal	12.544	14.667	15.265	15.505	15.537
Kosten/ziel	11,00	9,37	9,04	9,78	10,65

*Berekening van de kosten per ziel in guldens van geneeskundige hulp, tandheelkunde en geneesmiddelen bij de contract-fondsen Liduina, RZ, NAZ en VHZ, 1936-1940*⁴⁴¹

	1936	1937	1938	1939	1940
Huisartsen	215.877	230.537	245.639	256.048	272.630
Specialisten	68.429	72.689	77.455	93.200	101.414
Farmacie	137.871	146.468	156.086	162.685	173.676
Tandheelkunde	22.838	24.175	25.578	26.507	27.912
Bestralingen ⁴⁴²	564	902	2.419	1.771	1.594
Totaal	445.579	474.771	507.177	540.211	639.928
Zielentotaal	49.558	52.609	56.510	59.329	62.702
Kosten/ziel	8,99	9,03	8,97	9,01	10,20

De gemiddelde jaarkosten per ziel bedroegen bij de contractfondsen *f* 9,24 en bij Ziekenzorg *f* 9,97. De contractfondsen waren in deze periode gemiddeld per jaar per ziel 63 cent goedkoper dan Ziekenzorg met de eigen instellingen. De exploitatielasten werden door deze bedrijfsvoering hoger dan bij deelname aan het ziekenfondscontract. Het systeem van artsen in loondienst bleek niet goedkoper dan de vrije praktijk bij de contractfondsen. De kosten voor deze fondsen bleven van 1936-1940 gelijk met *f* 4,35 per ziel, terwijl de kosten voor Ziekenzorg voor huisartsenhulp stegen van *f* 4,53 naar *f* 4,80. De contractfondsen betaalden de huisartsen een vast honorarium, terwijl Ziekenzorg individuele contracten sloot.

De kosten voor de farmaceutische hulp weken voor Ziekenzorg niet veel af van die voor de contractfondsen.

Kosten in guldens per ziel van de farmaceutische hulp voor Ziekenzorg en de contractfondsen, 1936-1940

	1936	1937	1938	1939	1940
Ziekenzorg	3,22	2,85	2,71	2,74	2,92
Contractfondsen	2,78	2,78	2,76	2,74	2,76

Deze kosten werden niet alleen beïnvloed door de honoraria voor de apothekers, maar ook door de prijs voor de geneesmiddelen, de hoeveelheid recepten en maatregelen om de kosten zelf te beheersen. Het Ziekenzorgbestuur zag in de kostenontwikkeling geen reden voor bijzondere maatregelen om het voorschrijfgedrag van de artsen te beperken en drong alleen maar aan op matiging. De Commissie van Toezicht handhaafde na 1933 de lijst van toegestane geneesmiddelen, samengesteld door de Medische-Pharmaceutische Commissie, en de controles op de receptuur bleven na 1933 onveranderd.⁴⁴³ VHZ bleef na de overname van deze taak in 1936 dezelfde berekeningen aanhouden.

De CvT besloot in november 1938 tot de invoering van een eigen variant op het Zaanlandse stelsel om het voorschrijfgedrag van de artsen in te perken. Dit was eigenlijk niet nodig. De kosten per ziel en per recept bleven netjes binnen de ramingen, maar Eggink drong aan op het gebruik van het Zaanlandse stelsel om in de pas te lopen met de richtlijnen van de NMG.⁴⁴⁴ De huisartsen mochten niet meer dan f 1,10 aan geneesmiddelen per jaar per ziel voorschrijven, afgezien van de contractueel vastgestelde apothekershonoraria. Voor de specialisten zou in overleg een maximumnorm worden vastgesteld. Bij overschrijding zou de CvT van jaar tot jaar bepalen welke boetebedragen van de artsenhonoraria zouden worden afgetrokken om aan de fondsen terug te geven. De fondsen storten voor een jaar per ziel f 1,33 op een Centrale Medicamenten Rekening, waarvan de vorderingen van de apothekers voor geleverde genees- en verbandmiddelen en de kosten van het stelsel zelf betaald werden.

Dit systeem werd het Economische Stelsel gedoopt en had inderdaad tot gevolg dat de huisartsen in 1939 niet meer dan f 1,10 aan medicijnen voorschreven. De apothekers declareerden voor f 66.665,16 aan geneesmiddelen, waarvan de fondsen f 508,96 terugkregen. De huisartsen schreven in 1940 f 1,06 per verzekerde voor, zelfs al waren de prijzen voor geneesmiddelen met gemiddeld 15,68% gestegen.⁴⁴⁵

VHZ, Liduina, het NAZ en het RZ beschikten door middel van de ziekenfondsovereenkomst over effectievere maatregelen om de kosten van hun verstrekkingenpakket in de hand te houden dan Ziekenzorg. Hun artsen en apothekers werkten tegen vaste abonnementsstarieven en de Commissie van Toezicht hield streng de hand aan de uitgaven. De contractfondsen besteedden hun exploitatieoverschotten aan de crisisregelingen, de opbouw van hun reservekassen en incidentele bijdragen aan de ziekenhuisverpleging.

Het Ziekenzorgbestuur en administrateur Rijpma konden alleen door een bezuinigingsbeleid de kosten beperken.⁴⁴⁶ De politieke keuze van Ziekenzorg voor loondienst artsen en eigen instellingen was een gedwongen keuze geweest, geen bedrijfseconomische. Dit bezuinigingsbeleid had wel tot resultaat dat het fonds financieel gezond werd.

Het bestaan van de twee systemen naast elkaar had geen uitbreiding van het basisverstrekkingenpakket tot gevolg. Na 1933 werden wel verschillende aanvullende verzekeringen geboden voor ziekenhuisverpleging, thuisverpleging en verplegingsartikelen. Paramedische verstrekkingen als fysiotherapie en Mensendieck bleven bij Ziekenzorg en de contractfondsen buiten het pakket, in tegenstelling tot bij het Amersfoortse fonds. Bij de contractfondsen, met name bij VHZ, werd positief over fysiotherapie gedacht, maar de kosten werden te hoog gevonden om zonder premieverhoging in te voeren. De Utrechtse ziekenfondsverzekerden konden pas door het Ziekenfondsenbesluit gebruikmaken van heilgymnastiek en massage.

De Utrechtse artsen en ziekenfondsen 1933-1940; een evaluatie

De Utrechtse verhoudingen tussen de ziekenfondsen en de artsen waren na de crisis van 1933 ingewikkelder geworden. De relatie Ziekenzorg-NMG artsen werd uitsluitend beheerst door conflicten, terwijl de NMG-huisartsen en -specialisten onder de paraplu van hun VHZ harmonieus samenwerkten met de andere contractfondsen.

De factoren die de ontwikkeling van de relatie beïnvloedden, waren de economische crisis, de invloed van de landelijke polarisatie, de emancipatie van de specialisten en de samenwerking met de huisartsen, ideologische opvattingen, de persoonlijkheden van Eggink, Van Schaik, Wefers Bettink en Lichtenbelt en de andere betrokkenen. Het gemeentebestuur van Utrecht speelde een rol als

bemiddelaar bij de ziekenfondscrisis, als financier van en bemiddelaar bij de ziekenhuisverpleging en de klinische specialistische hulp en als deelnemer aan de crisisregeling.

De werkloosheid als gevolg van de crisis maakte dat voor velen de premie van de ziekenfondsverzekering haast onbetaalbaar werd. Het ledenverlies bleef voor alle fondsen beperkt, mede dankzij de crisisregelingen, maar premieverhoging was sociaal onaanvaardbaar. Honorariumverhogingen en grote uitbreidingen van de verstrekkingenpakketten konden niet uit de premies van de ziekenfondsverzekering worden gefinancierd, maar alleen door aanvullende verzekeringen, veranderingen in de verdeelsleutels voor de honoraria en uit de reserves van de ziekenfondsen.

De polarisatie op landelijk niveau had in 1933 wel invloed op de Utrechtse verhoudingen, in tegenstelling tot de ontwikkelingen in 1913. In 1913 was Ziekenzorg met Van Schaik de motor achter de vorming van de Landelijke Federatie, terwijl Ziekenzorg zich had aangepast aan de richtlijnen van de NMG. In 1933 was hij de man die de vakbondsinvloed bij Ziekenzorg vergrootte en de ideologie van het onderling beheerde ziekenfondswezen versterkte. De Utrechtse ziekenfondscrisis, in essentie een onderhandelingskwesitie tussen plaatselijke partijen, groeide tot een uitbarsting van de spanningen op het landelijk niveau door de betrokkenheid van Eggink en Van Schaik, de artsenvoorvechter van de Maatschappijfondsenideologie tegen de oude ziekenfondsrót.

Eggink toonde zich fanatiek en wilde zich door zijn bemoeienis met het Utrechtse ziekenfondsbestel op landelijk niveau waarmaken. Van Schaik had jarenlange ervaring opgedaan bij zijn onderhandelingen met de artsen en wist tot hoe ver hij kon gaan met de combinatie van de belangen van Ziekenzorg en de toepassing van zijn eigen opvattingen. De politiek van Eggink joeg de specialisten op in hun honorariumeisen, overtuigde de huisartsen van VHZ van de Maatschappijfondsenideologie en maakte een oplossing van de crisis door onderhandelingen onmogelijk. De relatie artsen-ziekenfondsen werd daarna in Utrecht beheerst door de tegenstelling onderling beheerd ziekenfondswezen en contractstelsel met de ideologische verschillen en de praktische gevolgen.

De specialistenemancipatie bleef voor de ontwikkeling van het Utrechtse ziekenfondsbestel een van de belangrijkste factoren, niet alleen door de honorariumeisen en het fanatisme uit 1933, maar ook door de regeling van de ziekenhuisverpleging en de klinische specialistische zorg. Deze emancipatie werd met de door Eggink en VHZ ontwikkelde ziekenhuisverplegingsverzekering voltooid. De verzekerden werd een goed pakket geboden, de gemeentekas werd ontlast en de specialisten kregen in Utrecht eindelijk volledige erkenning voor alle door hen geboden zorg. De specialisten werkten na 1933 met de huisartsen samen. De belangrijkste scheiding in het Utrechtse artsenkamp was niet meer specialisten-huisartsen, maar NMG- leden en ongeorganiseerde artsen. Deze laatsten maakten het Ziekenzorg mogelijk voldoende medewerkers voor een loondienstverband aan te trekken. De specialistische zorg, die door de Medische Faculteit geboden, werd was bij alle ontwikkelingen een bijzondere factor.

De Utrechtse ziekenfondsverzekeringen konden na 1933 niet worden verbeterd door premieverhogingen. Daartoe waren noch Ziekenzorg, noch de contractfondsen bereid. Aanvullende verzekeringen waren de enige oplossing, met verschillende ziekenhuisverplegingsverzekeringen als gevolg. Het Ziekenfondsenbesluit uit 1941 zou dit veranderen. Tot die tijd zouden het contractstelsel en het onderling beheerde fonds met de eigen instellingen naast elkaar bestaan. Voor de verzekerden en de medewerkersgroepen zonder overeenkomst als de NMT-artsen en de fysiotherapeuten maakte dit niet veel uit. De fondsbesturen, de NMG-artsen en de NMP-apothekers bepaalden in het Utrechtse ziekenfondsbestel wat er gebeurde en wat niet. VHZ en Ziekenzorg waren daarbij de grootste gangmakers.

2.15 Conclusies

Het ziekenfondswezen in Midden-Nederland tot 1940; kenmerken

Het ziekenfondsbestel in het gebied Midden-Nederland groeide na 1908 onder invloed van de relatie artsen-ziekenfondsen tot een stelsel van ziekenfondsverzekeringen en aanvullende verzekeringen, dat voorzorg in de verzekering van de gezondheidszorg van het grootste deel van de bevolking met een inkomen beneden de plaatselijke welstandsgrenzen. Het was een dynamisch stelsel, waarvan de ontwikkeling soms geleidelijk en soms schoksgewijs ging, afhankelijk van de aard van de relatie tussen de artsen en de fondsen in de tijd en per plaats. De kenmerken van het stelsel in dit gebied waren:

- regiovorming;
- de verzekering als een gemeenschappelijke beleidsverantwoordelijkheid van de artsen, de verzekerden en de apothekers;
- de ziekenfondsverzekering voor huisartsenzorg en geneesmiddelen, poliklinische specialistische hulp, tandheelkundige zorg en de verstrekking van kunst- en hulpmiddelen met aanvullende verzekeringen voor ziekenhuisverpleging met klinische specialistische hulp en kruishulp, gefinancierd door stabiele nominale weekpremies;
- regeling van de relatie artsen-ziekenfondsen door middel van collectieve overeenkomsten en in Maatschappijfondsen;
- gebruik van honorariumsystemen volgens landelijke tradities voor huisartsen, apothekers en specialisten;
- professionalisering bij de artsen en de ziekenfondsen;
- plaatselijke welstandsgrenzen en crisisregelingen voor het vaststellen en onderhouden van de doelgroepen voor de ziekenfondsverzekering;
- geleidelijke uitbreiding van de verstrekkingenpakketten;
- een beperkte invloed van de verzuiling met de fondsen Liduina en het Centraal Diocesaan Ziekenfonds.

De regiovorming was het begin van de schaalvergroting in het Midden-Nederlandse ziekenfondsbestel. Zij hing samen met de ontwikkeling van de Maatschappijfondsen en het Centraal Ziekenfonds na 1931, waardoor in de gebieden buiten de steden Amersfoort en Utrecht een per fonds gestandaardiseerde verzekering voor alle inwoners bereikbaar werd. In 1940 waren drie samenhangende werkgebieden gevormd:

- de stad Amersfoort met de omringende noordelijke, oostelijke en zuidelijke plaatsen, het werkgebied van het Maatschappijfonds Amersfoort en Omstreken;
- de regio buiten de stad Utrecht, dat beheerst werd door het Maatschappijfonds de Omstreken van Utrecht, het Zeister Ziekenfonds en het Centraal Ziekenfonds;
- de stad Utrecht met de scheiding onderling beheerd ziekenfondswezen en contractfondsen.

De ziekenfondsverzekering werd door de artsen, de apothekers en de verzekerden gezamenlijk gedragen. De belangen van de verzekerden werden oorspronkelijk alleen vertegenwoordigd door de onderling beheerde fondsen, maar de verzekerden werden onder invloed van de NMG-richtlijnen over de samenstelling van ziekenfondsbesturen na 1908 steeds meer betrokken bij de besluitvorming bij de medewerkersfondsen buiten Utrecht. De oprichting van de Maatschappijfondsen in en na 1930 versterkte dit proces, ook al bleef de invoering van de pariteit beperkt tot VHZ. De huisartsen speelden de hoofdrol, maar de verzekerden oefenden door hun vertegenwoordiging in de besturen en de ledenraden van de Maatschappijfondsen invloed uit op de hoogte van de premies, de honoraria en de inhoud van de verstrekkingenpakketten. De participatie van de verzekerde als zorgconsument was na 1933 optimaal vastgelegd in de beheersstructuur van Ziekenzorg als onderling beheerd arbeidersfonds, ook al betekende dit niet dat de door Ziekenzorg verstrekte zorg efficiënter of beter was dan bij de fondsen, die volgens de Utrechtse ziekenfondsovereenkomst samenwerkten.

De scheiding tussen ziekenfondsverzekering en ziekenhuisverplegingsverzekering was een landelijk verschijnsel, maar werd in Midden-Nederland op eigen wijze door de huisartsen, de specialisten, de ziekenfondsen en de gemeenten uitgewerkt. Het ziekenfonds bleef daardoor als basisverzekering betaalbaar voor alle groepen, terwijl degenen die de ziekenhuisverplegingsverzekering niet konden betalen volgens de Armenwet een beroep op de gemeente konden blijven doen. De specialisten verkregen met de door de artsen en fondsen ingerichte verzekering eindelijk de erkenning en honorering voor hun klinische zorg.

De vaststelling van de weekpremies bleef voorbehouden aan de fondsbesturen en was gebaseerd op ervaring, consensus tussen de fondsen en de artsen over de premies en de honoraria, de financiële

positie van de fondsen, de angst voor concurrentie tussen de fondsen onderling en de sociaal-economische ontwikkelingen in de werkgebieden. De premiehoogte verschilde daardoor. Een gezin met drie kinderen betaalde in 1940 bij het Zeister Ziekenfonds 82 cent, de OvU 52 cent, het Centraal Ziekenfonds 44 cent, Amersfoort en Omstreken 60 cent, Ziekenzorg en de Utrechtse contractfondsen 50 cent. Het Maatschappijfonds Amersfoort toonde aan dat het systeem van nominale weekpremies voor de ziekenfondsverzekering ook in 1940 nog werkte. De exploitatie van het fonds was ook met een uitgebreid verstrekkingenpakket en ondanks de tekorten bij de buitengemeenten en bij de tandheelkundige polikliniek sluitend. De pakketten van Ziekenzorg en de Utrechtse contractfondsen hadden met een beperkte verhoging kunnen worden uitgebreid tot het Amersfoortse niveau, maar de angst voor concurrentie weerhield deze partijen van aanpassing.

De professionalisering ging bij de artsen na 1908 met de uitwerking van het onderscheid algemeen arts of huisarts-specialist steeds verder en hing sterk af van de manier waarop de specialisten plaatselijk of regionaal erkenning voor hun poliklinische en klinische zorg kregen of konden afdwingen. De ziekenfondsen professionaliseerden na 1920 snel. De ziekenfondsadministraties werden gemoderniseerd. De administrateurs werden bij alle ziekenfondsen als uitvoerende macht steeds belangrijker door de ontwikkeling van de administratie, hun kennis van het ziekenfondswezen, hun relatiekring en hun persoonlijke invloed op de besturen. De Utrechtse fondsen werden tot professionalisatie gedwongen door de ziekenfondsovereenkomsten, waar de fondsen en de artsen in samenwerking organen ontwikkelden voor permanent overleg en voor controle en toezicht op de verzekerden- en verstrekkingenadministraties, de verrekening van de honoraria en voor de uitwisseling van informatie.

De verstrekkingenpakketten werden steeds uitgebreider, waarbij de invoering van nieuwe verstrekkingen en de erkenning van nieuwe beroepsgroepen steeds meer afhing van de financiële positie van de ziekenfondsen en steeds minder van de opvattingen van de huisartsen over het nut van deze voorzieningen. Poliklinische specialistische hulp kon uit de ziekenfondspremie worden gefinancierd. De noodzaak tot invoering van tandheelkundige zorg en van paramedische zorg werd ook door de huisartsen in de fondsbesturen erkend, maar deze besturen sloten geen van alle overeenkomsten met de NMT of met de beroepsorganisaties voor paramedici. De fondsen, met uitzondering van het Zeister Ziekenfonds en het Centraal Ziekenfonds, vonden de tarieven van de NMT te hoog en contracteerden zelf tandartsen voor hun eigen klinieken.

De beïnvloedende factoren

De factoren die in de regio Midden-Nederland op de relatie artsen-ziekenfondsen van invloed waren, zijn:

- de plaatselijke sociaal-economische ontwikkelingen. De inkomensverhoudingen verschilden van gemeente tot gemeente en van tijd tot tijd. Dit was bepalend voor de hoogte van de welstandsgrenzen en voor de mogelijkheden voor premieverhogingen en honorariumaanpassingen en de toepassing van crisisregelingen;
- de erkenningslijst van de NMG-afdeling Utrecht, die ook na de overeenkomst van 1917 de richtlijn voor de erkenning van ziekenfondsen in het werkgebied van de afdeling bleef;
- de manier waarop de huisartsen de richtlijnen en de bindende besluiten van de NMG accepteerden voor de inrichting van het plaatselijke ziekenfondsbestel met collectieve overeenkomsten, de Maatschappijfondsen en de verzekerdenparticipatie bij het bestuur van de medewerkersfondsen;
- de emancipatie van de specialisten door hun aandeel in de ziekenfondsbesturen en de erkenning van hun klinische en poliklinische zorg bij de Maatschappijfondsen, de Utrechtse ziekenfondsovereenkomsten en het Zeister Ziekenfonds;
- de manier, waarop de Medische Faculteit van de Universiteit geneeskundige zorg bood, had bijzondere invloed op de ontwikkeling van de specialistische zorg, de ziekenhuisverpleging en de verhoudingen tussen de artsen en de fondsen in de regio;
- de concurrentie tussen georganiseerde en niet-georganiseerde medische beroepsbeoefenaren. Niet-NMT-tandartsen accepteerden de tarieven van de ziekenfondsen en bemoeilijkten de positie van de NMT. Niet-NMG-artsen waren in 1917 een probleem bij de onderhandelingen voor de eerste Utrechtse ziekenfondsovereenkomst en maakten het na 1933 mogelijk dat Ziekenzorg artsen in loondienst kon aannemen;
- de acceptatie door de ziekenfondsbesturen van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, hun bereidheid tot uitbreiding van de verstrekkingen en de mate waarin zij de kosten van de medische consumptie door de verzekerden en de stijging van de honoraria konden beheersen;

- de persoonlijkheden en het optreden van de betrokkenen: verzekerden en medewerkers, bestuursleden, ziekenfondspersoneel en anderen. Mensen als Eggink, Wefers Bettink, Van Schaik, De Weerd, Van de Wurf, Lichtenbelt, Van de Bunt, Van den Helm, Snooy en Herman bepaalden het beleid bij de ziekenfondsen, onderhandelden met elkaar, werkten samen of kwamen met elkaar in conflict. Hun houding was bepalend voor de ontwikkeling van het bestel op lokaal en regionaal niveau zoals bij de ontwikkelingen tijdens en na de Utrechtse ziekenfondscrisis, de onderhandelingen over honoraria en de acceptatie van nieuwe medische beroepsgroepen;
- de betrokkenheid van de vakorganisaties bij de katholieke fondsen, Ziekenzorg en de Utrechtse ziekenfondscrisis en de manier waarop de VHZ-artsen zich tegen de vakbonden opstelden;
- de betrokkenheid van de gemeentebesturen bij de ziekenhuisverpleging, de klinische specialistische zorg en de crisisregelingen.

De relatie artsen-ziekenfondsen en het ziekenfondsbestel in Midden-Nederland tot 1940

De relatie artsen-ziekenfondsen was vanaf 1908 in de hele regio harmonieus en werd beheerst door een overlegcultuur, met uitzondering van de uit de hand gelopen crisis rond Ziekenzorg in 1933 en de daarmee samenhangende polarisatie. Het ziekenfondswezen kwam tot bloei in de vorm van de Utrechtse ziekenfondscontracten en de Maatschappijfondsen, terwijl het onderling beheerde ziekenfondswezen na 1933 floreerde door middel van Ziekenzorg. Het bestel dreef bij alle fondsen op de gemeenschappelijke inzet van artsen, apothekers, bestuursleden, verzekerden en ziekenfondspersoneel, was voortdurend in ontwikkeling en voorzag steeds beter in de behoeften van verzekerden en medewerkers. De artsen en ziekenfondsen in Midden-Nederland toonden daarmee aan dat op regionaal en lokaal niveau de organisatie van de ziekenfondsverzekering door de betrokken partijen zelf goed mogelijk was.

1. Amersfoort en Omstreken, z.i., notulenboek van het Nieuw Ziekenfonds, vergadering van 29 juni 1912.
2. Amersfoort en Omstreken, idem, vergadering van 5 september 1914.
3. Idem, vergadering van 20 december 1916.
4. Idem, vergadering van 17 november 1917.
5. Idem, vergadering van 4 juli 1917.
6. Idem, vergadering van 5 januari 1918.
7. Idem, gecombineerde vergadering van het bestuur van het Nieuw Ziekenfonds met een delegatie van het Nutsziekenfonds op 25 maart 1919.
8. Idem, vergadering van de besturen der beide Amersfoortse ziekenfondsen met de specialisten op 4 november 1925.
9. Idem, bestuursvergadering van 10 december 1928.
10. Idem, bestuursvergadering van 5 februari 1929.
11. Idem, bestuursvergadering van 5 januari 1918.
12. NMG, inv.no. 159, G25, Groneman/Prins, artsen te Amersfoort, 1919.
13. Amersfoort en Omstreken, notulenboek van het Nieuw Ziekenfonds, vergadering van 15 juni 1920.
14. F.J. Herman, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Amersfoort*.
15. De legerarts C. Eggink had zich in januari 1920 als medewerker aan het Nieuwe Ziekenfonds verbonden en werd direct opgenomen in het bestuur.
16. F.J. Herman, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Amersfoort*.
Amersfoort en Omstreken, notulenboek van het Nieuw Ziekenfonds, bestuursvergaderingen in 1928 en 1929.
17. F.J. Herman, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Amersfoort*.
18. Amersfoort en Omstreken, notulenboek van het Nieuw Ziekenfonds, vergadering van 29 mei 1927.
19. Amersfoort en Omstreken, idem, bestuursvergadering van 23 mei 1929.
20. Idem, vergadering van 23 mei 1929.
21. Idem, vergadering van 16 september 1930.
22. Idem, vergadering van 30 september 1929.
23. Idem, vergadering van 19 november 1929.
24. Idem, vergadering van 31 juli 1930.
25. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 86, jaarverslag van de Stichting Ziekenhuisverpleging te Amersfoort van 1931. Met beschouwingen over de oprichting van het ziekenhuisverplegingsfonds.
26. Amersfoort en Omstreken, idem.
Amersfoort en Omstreken, notulenboek van het Nieuw Ziekenfonds, bestuursvergadering van 31 juli 1930.
27. Amersfoort en Omstreken, idem, vergadering van 13 oktober 1930.
28. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 121, kort overzicht over het Mij. Z.F. Amersfoort en Omstreken, 1930.
29. Interview, gehouden met de heer J. v.d. Bunt in mei 1995.
30. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 106, toelichting op een voorstel tot wijziging van het reglement van het fonds ten behoeve van aanpassing van de specialistenhonoraria en de verlaging van de premie van inwonende kinderen van 16 tot 19 jaar, 1939.
31. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 5, notulen van de vergaderingen van het bestuur, vergadering van 7 november 1938.
32. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 86, jaarverslag van de Stichting Ziekenhuisverpleging over 1931.
33. Statuten van de Stichting voor Ziekenhuisverpleging te Amersfoort, 1931.
34. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 86, jaarverslag van de Stichting Ziekenhuisverpleging over 1931. Deze instellingen waren het St.-Elisabeth's Gast of Ziekenhuis, de Lichtenberg Ziekenhuis en de Barakken voor Besmettelijke Ziekten te Amersfoort en het SAZU, de Rijksklinieken, het Militair Hospitaal, de Diakonesseninrichting, het St.-Anthonius Ziekenhuis en het Kinderziekenhuis in Utrecht.
35. F.J. Herman, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Amersfoort*.
36. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 56, Verslagen van de Staat en de Verrichtingen van het Maatschappij Ziekenfonds "Amersfoort" over de jaren 1933 tot en met 1935, verslag over 1935.
37. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 5, vergadering van 20 november 1930.
38. Amersfoort en Omstreken, idem, vergadering van 19 maart 1931.
39. F.J. Herman, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Amersfoort*.
40. Berekend aan de hand van de jaarverslagen over 1932-1941.
41. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 121, kort overzicht over het Mij. Z.F. Amersfoort en Omstreken, 1930.

-
42. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 2, vergadering van 8 augustus 1932.
43. Amersfoort en Omstreken, z.i., advertenties en artikelen over de betrokkenheid van het Maatschappij Ziekenfonds "Amersfoort en Omstreken" in de buitengemeenten, 1936-1947.
44. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 28, correspondentie betreffende de overname van het ziekenfonds Vereeniging "De Eendracht" te Harderwijk door het Maatschappij Ziekenfonds "Amersfoort en Omstreken", 1932-1948.
45. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 27, correspondentie en overeenkomsten, gevoerd en gesloten tussen het Maatschappij Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken en het gemeentebestuur van Soest betreffende de uitvoering van de crisisregeling in Soest, 1937-1945.
46. Amersfoort en Omstreken, advertenties en artikelen over de betrokkenheid van het Maatschappij Ziekenfonds "Amersfoort en Omstreken" in de buitengemeenten, 'Crisisregeling werklozen', *Utrechtsch Nieuwsblad*, 6 september 1937.
- Kort overzicht over het Mij. Z.F. Amersfoort en Omstreken, 1930.
47. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 27, verzoek van de apotheekhoudende huisartsen van Soest zich te mogen aansluiten bij Amersfoort en Omstreken, 5 maart 1936.
- Idem, brief van het bestuur van Amersfoort en Omstreken aan het gemeentebestuur van Soest, 18 januari 1937.
48. Reglement van het Maatschappij-Ziekenfonds Amersfoort, 1931.
49. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 56, verslagen van de Staat en de Verrichtingen van het Maatschappijziekenfonds "Amersfoort" over de jaren 1933 tot en met 1935 en 57, verslagen van de Staat en de Verrichtingen van het Maatschappij Ziekenfonds "Amersfoort en Omstreken" over de jaren 1936 tot en met 1940, verslagen over 1934, 1935, 1937 en 1940.
50. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 330, correspondentie, circulaires, krant artikelen en overeenkomsten voor de vaststelling van de crisisregeling voor werklozen te Amersfoort, 1933-1940.
51. Amersfoort en Omstreken, idem, brief van Van de Bunt aan Burgemeester en Wethouders van Amersfoort, 22 november 1933.
52. Idem, *Amersfoortsche Courant*, 25 juli 1935.
53. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 56, verslag over 1934.
54. Amersfoort en Omstreken, idem, verslag over 1935.
55. Idem, verklaringen van de apotheekhoudende huisartsen en de specialisten om hun honoraria met ingang van 1 januari 1937 te verlagen.
- Amersfoort en Omstreken, inv.no. 295, brief van de Algemene Vergadering van de leden van het Mij. Ziekenfonds "Amersfoort en Omstreken" aan het bestuur betreffende een motie over honoraria en premieverlaging, 11 september 1940.
56. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 57, verslag over 1936 en inv.no. 60, Verslag van de Staat en de Verrichtingen van het Maatschappij Ziekenfonds "Amersfoort en Omstreken" over 1941 en het Algemeen Maatschappij Ziekenfonds "Amersfoort en Omstreken" over november en december 1941.
57. Interview met de heer Van de Bunt.
58. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 119, verslag van de Staat en de Verrichtingen van het Maatschappij Ziekenfonds "Amersfoort" gedurende het jaar 1932.
59. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 56, verslag over 1934.
60. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 57, verslag over 1937.
- F.J. Herman, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Amersfoort*.
61. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 6, register, houdende de notulen van de vergaderingen van het Bestuur van 3 april 1939 tot en met 10 juni 1940, vergadering van 14 december 1939.
- Idem, vergadering van 19 mei 1940.
62. De afdelingen Ermelo en Bunschoten-Spakenburg werden in 1956 van het Rotterdamsch Ziekenfonds overgenomen.
63. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 114, notulen van de vergadering van 29 juni 1939 van het bestuur met de Specialisten en de Huisartsen Commissie, bijeengeroepen voor herziening van de medewerkershonoraria.
- ⁶⁴ Jaarverslagen, 1932-1940.
- ⁶⁵ Inclusief de honoraria van apotheekhoudende huisartsen.
- ⁶⁶ De post diathermie was verdrievoudigd.
- ⁶⁷ In 1936 kreeg het fonds f 4.538 aan subsidies voor de tandheelkundige polikliniek.
- ⁶⁸ Na aftrek van de kortingen volgens het Zaaans systeem.
- ⁶⁹ Een uitzonderlijk jaar voor breukbanden en pessaria.

-
- ⁷⁰. Inclusief de uitbreiding met Soest. De invoering de crisisregeling in de buitengemeenten en Amersfoort bleef succes opleveren.
71. Ziekenzorg, inv.no. 26, Register met notulen van de vergaderingen van het bestuur uit de periode van 19 februari 1909 tot en met 29 mei 1917, bestuursvergadering van 27 november 1916.
72. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 4, notulenboek van de vergaderingen van het Zeister Ziekenfonds, bestuursvergadering van 20 november 1917.
- Zeister Ziekenfonds, inv.no. 3, reglementen van het Zeister Ziekenfonds uit de jaren 1889 (typescript), 1918 en 1932. Met een voorstel voor reglementswijzigingen uit (vermoedelijk, zie diverse notulen) 1940.
73. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 4, bestuursvergadering van 30 januari 1919.
74. Zeister Ziekenfonds, idem.
75. Idem, bestuursvergadering van 24 maart 1919.
76. Idem, vergadering van 1 maart 1920.
77. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 5, register met notulen van Bestuurs-, Algemene en Buitengewone vergaderingen over de periode van 3 februari 1925 tot 2 oktober 1935 met de jaarverslagen van 1925 en 1926, bestuursvergadering van 23 oktober 1929.
78. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 4, vergadering van 24 maart 1920.
- ⁷⁹. Zeister Ziekenfonds, idem, bestuursvergadering van 15 februari 1922.
80. Idem, Buitengewone Algemene Vergadering van 27 april 1922.
81. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 5, bestuursvergadering van 12 november 1930.
82. Zeister Ziekenfonds, idem, Algemene Vergadering van 12 november 1930.
83. Idem, bestuursvergadering van 9 november 1930.
- F. van Duuren, *Het Zaanlandse en Amsterdamse stelsel. Kostenbeheersing in de jaren 30* (Doctoraalscriptie; Rotterdam 1993.).
- ⁸⁴. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 5, bestuursvergadering van 9 september 1931.
- ⁸⁵. Zeister Ziekenfonds, idem, buitengewone algemene vergadering van 23 september 1931.
- ⁸⁶. Idem, jaarverslag 1931/1932.
- ⁸⁷. Idem, bestuursvergadering van 8 december 1932.
- ⁸⁸. Idem, jaarverslag over 1933.
- ⁸⁹. Idem, bestuursvergadering van 17 december 1934.
- ⁹⁰. Idem, bestuursvergadering van 17 december 1934.
- ⁹¹. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 6, notulenboek van het Zeister Ziekenfonds van november 1935 tot en met 28 maart 1939, jaarverslag over 1935.
92. Liduina, z.i., *30 jaar Diocesane Instelling. Katholiek Ziekenfonds St. Liduina. 18 juli 1931 - 18 juli 1961* (Utrecht 1961) 1.
- Van het Centraal Ziekenfonds is nauwelijks archief overgebleven.
93. *30 jaar Diocesane Instelling, 2.*
94. Liduina, inv.no. 44, correspondentie over de erkenning van het Centraal Ziekenfonds, 1941.
95. Statuten van het Centraal Ziekenfonds.
96. *St. Liduina. Vijftig jaar Katholiek Ziekenfonds, 25.*
97. Afdeling Utrecht, inv.no. 21, ingekomen- en uitgegane stukken, 1910-1917, verslag van vergadering van doktoren van buitengemeenten met fondspatiënten, 14 maart 1930.
98. Afdeling Utrecht, inv.no. 13, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1928-1929, vergadering van 27 december 1929, verslag over de wenselijkheid van een Afdelingsziekenfonds.
99. Afdeling Utrecht, idem.
100. Idem.
101. VHZ, inv.no. 54, notulen van de bestuurs- en de algemene vergaderingen van de Omstreken van Utrecht, vergadering van de deelnemers-apothekers en -geneeskundigen en het voorlopig bestuur, 18 oktober 1933.
102. VHZ, inv.no. 54, verslag van de secretaris over 1932.
103. VHZ, inv.no. 590, vergaderingen van de verzekerden van de Omstreken van Utrecht, 1933-1936, vergadering van 28 oktober 1933.
104. VHZ, z.i., overzicht van afdelingen, medewerkers en verzekerdenvertegenwoordigers van de Omstreken van Utrecht, 1935.
105. OA ANOVA-Verzekeringen, inventaris op het archief van de Commissie van Toezicht op het Utrechtsche Ziekenfondswezen, in het vervolg afgekort als CvT, inv.no. 22, bestuursvergadering van 20 december 1932.

-
106. VHZ, z.i., Reglement voor Deelnemers en Verzekerden van het Maatschappij-Ziekenfonds "De Omstreken van Utrecht", 1932.
VHZ, inv.no. 54, vergadering van 18 oktober 1954.
107. Reglement voor Deelnemers en Verzekerden.
108. VHZ, inv.no. 590, vergadering van verzekerden te Maarssen, 11 maart 1935.
109. VHZ, idem, vergadering van verzekerden te Jutphaas op 12 maart 1935.
110. VHZ, z.i., register met notulen van de vergadering van de deelnemer van de Omstreken van Utrecht, 1935-1950, vergaderingen van 25 september en 3 november 1935.
111. VHZ, inv.no. 54, vergadering van 9 oktober 1934.
112. VHZ, inv.no. 590, vergadering van de Verzekerdenraad op 13 april 1935.
113. VHZ, inv.no. 1049, convocaten, agenda's en bijlagen voor vergaderingen van de verzekerden-vertegenwoordigers in de buitengemeenten over aanpassingen van het verstrekkingenpakket met specialistische hulp, 1937-1939.
114. VHZ, inv.no. 5, tarief- en premiereregelingen bij de OvU, bijlage bij de besprekingen over de premies op 25 juni 1935.
115. VHZ, idem, brief van J.C. Diehl, secretaris van de Specialisten Commissie, 6 februari 1935 en brief van C. Eggink, 29 april 1935.
Idem, brief van het bestuur van de OvU aan de Huisartsen Commissie, 29 april 1935.
116. VHZ, inv.no. 54, vergadering van 9 juni 1936.
Handleiding ten dienste van de verzekerden v/h Maatschappij Ziekenfonds "De Omstreken van Utrecht", z.d.
117. VHZ, inv.no. 54, vergadering van 24 januari 1934.
118. VHZ, inv.no. 590, vergadering van 26 mei 1934.
119. VHZ, inv.no. 54, vergadering van 30 januari 1934.
120. VHZ, idem, vergadering van de dagelijkse besturen van de fondsen Omstreken van Utrecht en Voorzorg, 1934.
121. Idem, vergadering van 9 oktober 1934.
122. Verzekeringsvoorwaarden van het Maatschappij-Ziekenfonds "De Omstreken van Utrecht", 1 april 1932.
- ¹²³. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 5, bestuursvergadering van 25 november 1935.
- ¹²⁴. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 6, notulenboek van het Zeister Ziekenfonds van november 1935 tot en met 28 maart 1939, jaarverslag over 1935.
- ¹²⁵. De regeling uit 1919, waarbij iedere specialistische behandeling als Buitengewoon Geval goldt en door het bestuur besproken moest worden was formeel nog steeds van kracht.
- ¹²⁶. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 6, algemene vergadering van 11 oktober 1935.
- ¹²⁷. Zeister Ziekenfonds, idem, buitengewone algemene vergadering van 21 december 1937.
- ¹²⁸. Idem.
129. VHZ, z.i., register met notulen van de vergadering van de deelnemer van de Omstreken van Utrecht, 1935-1950, vergadering van 25 oktober 1938.
130. VHZ, inv.no. 5, verloop invoering klinische hulp in Mij. Ziekenfonds "Omstreken van Utrecht", 1940.
131. VHZ, register met notulen van de vergadering van de deelnemer van de Omstreken van Utrecht, 1935-1950, vergadering van 23 december 1938.
VHZ, z.i., register met notulen van de bestuursvergaderingen van de Omstreken van Utrecht, vergadering van 1 december 1936.
132. VHZ, inv.no. 2, register met notulen van de Vergaderingen van Vertegenwoordigers der Verzekerden, 1936-1950, vergadering van 19 november 1938.
VHZ, inv.no. 5, verloop invoering klinische hulp.
133. NMG, inv.no. 154, F 1, faculteit geneeskunde Utrecht. Verwijzing ziekenfondspatiënten naar polikliniek, 1939. Kort verslag van de commissie, 19 oktober 1939.
134. VHZ, register met notulen van de bestuursvergaderingen van de Omstreken van Utrecht, vergadering van 18 april 1939.
135. VHZ, inv.no. 2, vergadering van 22 april 1939.
136. Afdeling Utrecht, inv.no. 6, vergadering van 29 januari 1909.
137. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 19.
138. Afdeling Utrecht, inv.no. 6, vergadering van 25 november 1910.
139. Afdeling Utrecht, idem, vergadering van 29 maart 1912.
140. Afdeling Utrecht, inv.no. 82, Huishoudelijk Reglement van de Onderafdeling ter behartiging van het Ziekenfondswezen van de afdeeling Utrecht, 19 november 1912.
Afdeling Utrecht, inv.no. 6, vergadering van 19 november 1912.

-
141. Afdeling Utrecht, inv.no. 21, ingekomen en uitgaande stukken, 1910-1917, brief van het hoofdbestuur van de NMG aan de afdeling over het bindend besluit IV, door de afdeling genomen 18 juli 1912.
 142. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, notulen van de 550ste vergadering van 7 juni 1913.
 143. Afdeling Utrecht, idem, vergadering van 28 november 1913.
 144. Idem, vergadering van 19 mei 1914.
 145. Vereeniging, inv.no. 9, notulen van de ledenvergaderingen, 1914-1923, vergadering van 4 december 1914.
 146. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, vergadering van 29 juni 1914.
 147. Afdeling Utrecht, inv.no. 43, wetten en reglementen voor de afdeling, 1849-1933, reglement van 1915.
 148. Afdeling Utrecht, idem, vergadering van 28 juni 1915.
 149. Afdeling Utrecht, inv.no. 8, notulen van de vergadering van de afdeling, 1916-1917, vergadering van 26 mei 1916.
 150. Afdeling Utrecht, idem, vergadering van 30 maart 1917.
 151. Idem, vergadering van 27 april 1917.
 152. Afdeling Utrecht, inv.no. 6, vergadering van 24 februari 1911, voorlezing van een brief van het Centraal Comité van 10 februari 1911.
 153. W. Veltheer, *Heelkunde te Utrecht op het breukvlak van twee eeuwen. Een onderzoek naar de lotgevallen van de universitaire kliniek in de periode van 1890 tot 1910* (Zeist 1989) 148.
 154. W. Veltheer, idem, 152.
 155. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, vergadering van 28 november 1913.
 156. Afdeling Utrecht, inv.no. 9, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1918-1919, vergadering van 22 februari 1918.
 157. Afdeling Utrecht, idem, vergadering van januari 1919.
 158. Idem, vergadering van 22 februari 1918.
 159. Idem, vergadering van 27 december 1918.
 160. Vereeniging, inv.no. 6, voorstellen voor wijzigingen en aanpassingen van het reglement van de Vereeniging, 1897, wijzigingsvoorstel van 10 december 1909.
 161. Vereeniging, idem, reglement van de Vereeniging, artikel 22.
 162. Vereeniging, inv.no. 8, notulen van de ledenvergaderingen van de Vereeniging, 1899-1913, vergadering van 3 april 1909.
 163. Vereeniging, idem, Buitengewone Algemene Vergadering van 17 april 1909.
 164. Idem, vergadering van 27 februari 1909.
 165. Idem, vergadering van 11 oktober 1907.
 166. Idem, vergadering van 11 oktober 1907.
 167. Idem, vergadering van 30 januari 1909.
 168. Idem, Buitengewone Algemene Vergadering van 27 februari 1909.
 169. Idem, vergadering van 26 juni 1913.
 170. Idem, vergadering van 8 december 1913.
 171. Idem, vergadering van 13 december 1913.
 172. Vereeniging, inv.no. 9, notulen van de ledenvergaderingen van de Vereeniging, vergadering van 13 juni 1914.
 173. VHZ, inv.no. 43, notulen van de Algemene Vergaderingen van het Ziekenfonds Hulp bij Ziekte, 1898-1905, notulen van de vergaderingen van 15 november 1901 en 14 januari 1902.
 174. VHZ, inv.no. 52, notulen van de Algemene Vergaderingen van het Ziekenfonds Hulp bij Ziekte, 1902-1918, vergadering van 14 januari 1905.
 175. VHZ, idem, vergadering van 22 februari 1907.
 176. VHZ, inv.no. 45, notulen van de Vergaderingen van Commissarissen van het Ziekenfonds "Hulp bij Ziekte", 1911-1918, vergadering van 17 december 1913 en 17 februari 1914.
 177. VHZ, idem, vergadering van 27 augustus 1901.
 178. Idem, vergadering van 14 juli 1903.
 179. *Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. 1914-1989* (Nieuwegein 1989) 47.
 180. VHZ, inv.no. 45, vergadering van 25 februari 1911.
 181. VHZ, idem, vergadering van 19 februari 1912.
 182. Idem, vergadering van 12 september 1915 en VHZ, inv.no. 52, vergadering van 5 oktober 1915.
 183. VHZ, inv.no. 45, vergadering van 1 maart 1916.
 184. VHZ, inv.no. 52, notulen van de vergadering van 10 februari 1912.
 185. Ziekenzorg, inv.no. 95, brief van Ten Cate aan het bestuur van de Vereeniging, 15 februari 1915.

-
186. Liduina, inv.no. 1, verslag over 1910.
 187. Liduina, idem, jaarverslag over 1906.
 188. Ziekenzorg, inv.no. 26, vergadering van 19 februari 1909.
 189. Ziekenzorg, idem, vergadering van 15 april 1909.
 190. Idem, vergadering van 14 april 1910.
 191. Idem, vergadering van 3 mei 1910.
 192. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 17-19.
 193. Ziekenzorg, inv.no. 95, brief aan A.P.H.A. de Kleijn, specialist, 31 december 1913.
 194. Ziekenzorg, idem, brieven aan Utrechtse specialisten, 4 juni 1913. Het waren de keel-, neus-, en oorarts A.P.H.A. de Kleijn, de kinderarts J.H.C. Karsten, de oogarts J. van der Hoeven, de gynaecoloog W. Ausems en de internistenmaatschap Mink & Plantenga.
 195. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 19-20.
 196. VHZ, inv.no. 52, vergadering van 27 augustus 1914.
 197. Ziekenzorg, inv.no. 95, brief aan verzekerde J. Fopman, 19 september 1914.
 198. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 18 september 1915.
 199. VHZ, inv.no. 45, vergadering van 12 september 1915.
 200. VHZ, inv.no. 44, notulen van de algemene en bestuursvergaderingen van de Societeit de Voorzorg over 1914 tot en met 1918, na 1918 van VHZ; notulen van de bestuursvergadering van 28 december 1915.
 201. VHZ, inv.no. 45, vergadering van 1 maart 1916.
 202. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 9 maart 1916.
 203. Vereeniging, idem, vergadering van 9 juni 1916.
 - VHZ, inv.no. 44, Algemene Vergadering van 16 februari 1916.
 204. Ziekenzorg, inv.no. 95, brief aan Ten Cate van 11 juni 1916.
 205. Ziekenzorg, idem, brief aan de afdeling Utrecht van de NMG, 24 februari 1916.
 206. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 6 juni 1916.
 207. Vereeniging, idem, vergadering van 6 juni 1916.
 208. VHZ, inv.no. 45, vergadering van 22 november 1916.
 - Ziekenzorg, inv.no. 26, vergadering van het bestuur van 27 november 1916.
 209. Ziekenzorg, idem, vergadering van het bestuur van 7 februari 1917.
 - VHZ, inv.no. 45, vergadering van 6 maart 1917.
 210. Ziekenzorg, inv.no. 27, register met notulen van de vergaderingen van het bestuur en van de deelnemers, gecombineerd met het bestuur uit de periode 19 maart 1917 tot en met 19 april 1920, vergadering van 17 maart 1917.
 211. Ziekenzorg, idem, vergadering van 19 maart 1917.
 212. Ziekenzorg, inv.no. 95, brief aan de Federatie, 29 januari 1916.
 213. Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 29 maart 1917.
 214. Ziekenzorg, inv.no. 26, vergadering van 28 maart 1917.
 215. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 26 mei 1917.
 216. Ziekenzorg, inv.no. 26, vergadering van 29 mei 1917.
 - Ziekenzorg, inv.no. 95, brief aan de voorzitter van de afdelingsraad Utrecht, 30 mei 1917.
 217. Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 6 juni 1917.
 - Ziekenzorg, inv.no. 95, brieven aan Voorzorg en Hulp bij Ziekte, 7 juni 1917.
 218. Ziekenzorg, inv.no. 95, brief aan de CO, 9 juni 1917.
 219. Ziekenzorg, idem, brief aan de CO, 16 juni 1917.
 220. Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 9 juli 1917.
 - VHZ, inv.no. 44, notulen van de bestuursvergaderingen, 1914-1925, notulen van de vergadering van 14 april 1917.
 221. Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 15 oktober 1917.
 222. Ziekenzorg, idem, vergadering van 5 november 1917.
 223. Ziekenzorg, inv.no. 95, brief van het bestuur aan de medewerkers, 17 december 1917.
 224. Ziekenzorg, idem, brief aan de Vereeniging, 13 november 1917.
 225. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 4 december 1917.
 226. Afdeling Utrecht, inv.no. 82, verslag van de werkzaamheden van de afdelingsraad over 1917.
 - Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 22 maart 1918.
 227. Ziekenzorg, inv.no. 95, brief aan de secretaris van Liduina, 27 december 1917.
 228. Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 13 mei 1918.
 - Liduina, inv.no. 2, jaarverslag over 1918.

-
229. Liduina, idem, jaarverslag over 1918.
230. VHZ, inv.no. 44, bestuursvergadering van 25 juli 1917.
Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 7 juni 1918.
231. NMG, inv.no. 154, F 1, faculteit geneeskunde Utrecht. Verwijzing ziekenfondspatiënten naar polikliniek, 1939, bespreking USV-faculteit over verwijskaarten, 3 oktober 1939.
232. 'Handelingen van de 68e algemene vergadering van 27 en 28 augustus 1917', *NTvG* 8 (1918 II) 1000-1007.
Afdeling Utrecht, inv.no. 21, brief van prof. Kouwer aan de afdeling over de onderhandelingen voor het collectief contract, 2 juli 1917.
233. NMG, inv.no. 26, notulen van de vergaderingen van het hoofdbestuur, 1916-1918, notulen van de vergadering van 29 en 30 juni 1918.
234. NMG, idem, vergadering van 10 en 11 augustus 1918.
235. Idem.
236. Ziekenzorg, inv.no. 27, bestuursvergadering van 1 april 1919.
237. Liduina, inv.no. 2, jaarverslag over 1918 en notulen van de jaarvergadering van 1918.
Ziekenzorg, inv.no. 27, vergaderingen van 15 oktober 1917, 7 juni en 8 juli 1918.
VHZ, inv.no. 44, vergaderingen van 15 juni 1918.
CvT, wijziging van de overeenkomst van 1918.
238. Liduina, inv.no. 2, bestuursvergadering van 1 juli 1914.
239. VHZ, inv.no. 45, vergadering van 30 januari 1918.
240. VHZ, idem, vergadering van 6 maart 1918.
241. VHZ, inv.no. 52, slotvergadering van 17 september 1918.
242. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 19 maart 1919.
243. Ziekenzorg, inv.no. 27, bestuursvergadering van 25 maart 1918.
244. Ziekenzorg, inv.no. 287, stukken betreffende de overname van De Liefde's Nieuwsblad Ziekenfonds.
Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 7 juni 1918.
Ziekenzorg, inv.no. 69, jaarverslag over 1918.
245. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 23.
246. Afdeling Utrecht, inv.no. 9, vergadering van 27 december 1919.
247. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 19 maart 1919.
248. In Amsterdam kregen de huisartsen volgens het contract van 1 juli 1917 een honorarium van *f* 2,35 per volwassene en *f* 0,47 per kind. Dit werd op 1 juli 1918 verhoogd naar *f* 3, respectievelijk *f* 0,60. De fondsen, met uitzondering van het AZA, weigerden in eerste instantie hun premies te verhogen. Na het oordeel van burgemeester Tellegen, die als scheidsrechter werd aangesteld moesten ze echter worden aangepast naar 17 cent per volwassene en 3 cent per kind onder de 16 jaar.
H. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 168-170.
249. Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 1 april 1919.
Liduina, inv.no.2, jaarverslag over 1919.
Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 7 april 1919.
250. Liduina, inv.no. 2, jaarverslag over 1919.
251. Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 1 april 1919.
VHZ, inv.no. 45, vergadering van 8 januari 1919.
252. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 13 mei 1919.
253. Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 14 mei 1919.
254. Vereeniging, inv.no. 27, vergadering van 13 mei 1919.
255. Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 6 juni 1919.
256. Ziekenzorg, idem, vergadering van 9 juli 1918.
257. VHZ, inv.no. 44, vergaderingen van 31 oktober 1918 en 8 januari 1919.
258. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 27.
259. Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 9 juli 1919.
Inv.no. 97, Copie-boek. Register met copieën van uitgaande correspondentie uit de periode van 22 augustus 1918 tot en met 22 december 1922, brief aan de directie van het Rotterdamsch Ziekenfonds, 11 juli 1919.
260. Ziekenzorg, inv.no. 97, brief aan de directie van het Rotterdamsch Ziekenfonds, 3 juli 1919.
261. Liduina, inv.no. 2, jaarverslag over 1919.
262. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 30 juli 1919.
263. Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 1 augustus 1919.
264. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 30 juli 1919.

-
265. Ziekenzorg, inv.no. 63, register, houdende notulen van de Algemene Ledenvergaderingen uit de periode van 26 maart 1917 tot en met 1 juni 1939, buitengewone ledenvergadering van dinsdag 19 augustus 1919.
266. Ziekenzorg, idem, Algemene Vergadering van 16 november 1919.
267. Ziekenzorg, inv.no. 97, brief aan de secretaris van de Vereeniging, 4 oktober 1919.
- Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 22 oktober 1919.
268. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 25 oktober 1919.
269. Ziekenzorg, inv.no. 27, vergadering van 5 november 1919.
270. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 20 juli 1920.
271. Liduina, inv.no. 2, jaarverslag over 1920.
272. Ziekenzorg, inv.no. 28, register met notulen van de vergaderingen van het bestuur uit de periode van 5 mei 1920 tot en met 13 oktober 1927, vergadering van 28 juli 1920.
273. Ziekenzorg, inv.no. 69, jaarverslag over 1920.
274. P. Flore was Van Schaik opgevolgd als voorzitter, omdat deze het te druk had met zijn werk als secretaris van de Landelijke Federatie.
275. NMG, inv.no. 175, L 8, Liduina, verhoging honorarium, 1921.
276. Ziekenzorg, inv.no. 28, vergadering van 13 juli 1921.
277. Ziekenzorg, idem, vergadering van 18 januari 1922.
278. Liduina, inv.no. 2, buitengewone vergadering van 22 februari 1922.
279. VHZ, inv.no. 44, bestuursvergadering van 10 januari 1922.
280. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 27.
281. VHZ, inv.no. 44, vergadering van 21 mei 1921.
282. VHZ, idem, vergadering van 14 november 1921.
- Deze tandarts kreeg als praktijkruimte de achterkamer, de achterzijkamer en de serre van het kantoorpand Catharijnesingel 76 ter beschikking. VHZ had echter niet veel profijt van tandarts Ketel. Hij vertrok in februari 1922 al naar Amerika.
283. Idem, vergaderingen van 21 december 1921 en 18 januari 1922.
284. Ziekenzorg, inv.no. 28, vergadering van 21 december 1921.
285. Liduina, inv.no. 2, buitengewone vergadering van maart 1922.
- Ziekenzorg, inv.no. 28, vergadering van 4 januari 1922 en inv.no. 63, algemene vergadering van 22 maart 1922.
- VHZ, inv.no. 44, vergadering van 21 februari 1922.
286. Ziekenzorg, inv.no. 28, vergadering van 4 januari 1922.
287. Ziekenzorg, idem, vergadering van 22 januari 1922.
288. Liduina, inv.no. 2, buitengewone vergadering van maart 1922.
289. Ziekenzorg, inv.no. 28, vergadering van 15 februari 1922.
290. Ziekenzorg, idem, vergadering van 29 maart 1922.
- Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 18 maart 1922.
291. Ziekenzorg, inv.no. 28, vergadering van 26 april 1922.
292. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 20 juni 1922.
293. Ziekenzorg, inv.no. 97, brief aan het bestuur van de Utrechtse Bestuurdersbond, 6 juli 1922.
294. Ziekenzorg, inv.no. 28, vergadering van 21 juni 1922.
295. Ziekenzorg, inv.no. 63, algemene vergadering van 19 juli 1922.
296. Ziekenzorg, inv.no. 28, vergadering van 14 maart 1923.
297. Liduina, inv.no. 2, buitengewone vergadering van maart 1922.
298. Ziekenzorg, inv.no. 28, vergadering van 3 maart 1922.
299. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 11 mei 1923.
- Ziekenzorg, inv.no. 28, vergadering van 20 juni 1923.
- Ziekenzorg, inv.no. 63, algemene vergadering van 26 september 1923.
300. NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. 1924, 273-279. Jaarverslag huisartsenorganisatie over 1923.
301. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 11 mei 1923.
302. Afdeling Utrecht, inv.no. 22, circulaire van de Vereeniging met de tekst van een artikel over de verhouding artsen-fondspatiënten.
303. Ziekenzorg, inv.no. 69, jaarverslagen over de periode 1918-1923.
304. Ziekenzorg, inv.no. 28, jaarverslag over 1923.
305. Ziekenzorg, idem, vergadering van 17 september 1924.
306. Liduina, inv.no. 2, buitengewone vergadering van maart 1922.

-
- Ziekenzorg, inv.no. 69, jaarverslag over 1923 en inv.no. 28, vergadering van 20 juni 1923.
307. Ziekenzorg, inv.no. 63, algemene vergadering van 26 september 1923.
308. Liduina, inv.no. 2, jaarverslag over 1924-1925.
309. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 5 maart 1924.
310. Ziekenzorg, inv.no. 69, jaarverslag over 1923.
311. Liduina, inv.no. 2, jaarverslag over 1924-1925.
312. NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. 1924, 273-279. Jaarverslag huisartsenorganisatie over 1923.
313. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 24 november 1924.
314. NMG, inv.no. 154, F 1, faculteit geneeskunde Utrecht. Verwijzing ziekenfondspatiënten naar polikliniek, 1939, brief van de faculteit aan de NMG, 16 oktober 1924.
315. NMG, inv.no. 154, F 1, faculteit geneeskunde Utrecht. Verwijzing ziekenfondspatiënten naar polikliniek, 1939, brief van de faculteit aan de NMG, 18 februari 1939.
316. Liduina, inv.no. 2, jaarverslag over 1924-1925.
317. CvT, z.i., Ziekenfondsovereenkomsten, gesloten te Utrecht ingaande op 1 januari 1925. Bundel met alle overeenkomsten.
318. Afdeling Utrecht, inv.no. 10, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1920-1923, Buitengewone Vergadering van 16 november 1923.
319. NMG, inv.no. 154, brief van de faculteit aan de NMG, 16 oktober 1924.
320. W.L. Leclercq, *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam, 1847 - 1 april 1947*, 150-151.
321. CvT, z.i., kopie van de overeenkomst, gesloten tussen de NMG en ziekenfondsen, werkzaam te Amsterdam voor de vaststelling van de relatie geneesheer-ziekenfonds, 1925.
322. NMG, inv.no. 175, notulen van de vergadering van vertegenwoordigers van Maatschappijfondsen van 4 juli 1926.
- C.J. Japenga en H.F. van der Velden, 'Het geneeskundig beroep en de regionale differentiatie in organisatie en financiering van de gezondheidszorg in Nederland (1900-1941)', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 4 (1992) 510.
323. W.L. Leclercq, *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam, 1847 - 1 april 1947*, 94.
324. CvT, z.i., Kopie van de overeenkomst tussen de Amsterdamse ziekenfondsen, de NMG en de NMP over de oprichting van een Controle-Bureau, 1922.
325. *Een halve eeuw overleg en samenwerking tussen apothekers, artsen en ziekenfondsen in het belang van de volksgezondheid en wel speciaal ten opzichte van het ziekenfondswezen in 's-Gravenhage en omstreken, 1927-1977* (z.p. z.j.)
326. CvT, inv.no. 13, jaarverslagen van de Commissie van Toezicht op het Utrechtsche Ziekenfondswezen te Utrecht, 1925-1943, jaarverslag over 1925.
327. CvT, z.i., Reglement van de Commissie van Toezicht op het Utrechtsche Ziekenfondswezen.
328. CvT, z.i., Toelichting over de werkzaamheden van het controle-bureau op het Utrechtsche ziekenfondswezen, 1924.
329. CvT, inv.no. 13, jaarverslag over 1925.
330. CvT, idem, jaarverslag over 1928.
331. CvT, z.i., notulen van de vergadering van het bestuur en van de leden van de Commissie van Toezicht van 17 juli 1925 tot en met 14 juni 1927, vergadering van 21 juli 1925.
- CvT, inv.no. 31, verkorte notulen van de ledenvergaderingen, 1925-1942, vergadering van 24 juli 1925.
332. CvT, inv.no. 13, jaarverslag over 1926.
333. CvT, idem, jaarverslag over 1931.
334. Liduina schafte in februari 1928 een tweedehands schrijfmachine aan voor de prijs van f 1,75.
- Liduina, inv.no. 2, bestuursvergadering van 2 februari 1922.
335. CvT, z.i., notulen van de vergaderingen van de leden en het bestuur, vergadering van 26 januari 1926.
336. Liduina, inv.no. 2, jaarvergadering van 10 december 1931.
337. CvT, inv.no. 31, vergadering van 13 oktober 1931.
338. CvT, reglement van de Commissie van Toezicht.
339. CvT, jaarverslag over 1928.
340. 'Dagen van Strijd', *Ziekenzorg, maandblad voor de leden van de Algemeene Utrechtsche Vereeniging voor genees-, heel-, en verloskundige hulp* 5 (1928) 34-35. In het vervolg afgekort als *Ziekenzorg*.
- Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 7 februari 1928.

-
341. Ziekenzorg, inv.no. 70, omslag, houdende de jaarverslagen van de Vereeniging 'Ziekenzorg' over de periode vanaf 1925 tot en met 1938, jaarverslag over 1925.
 342. Vereeniging, inv.no. 9, vergadering van 7 februari 1928.
CvT, inv.no. 13, jaarverslag over 1928.
 343. Liduina, inv.no. 2, jaarvergadering van 24 november 1927.
 344. 'Dagen van strijd', 35.
 345. CvT, inv.no. 13, jaarverslag over 1929.
 346. CvT, inv.no. 13, jaarverslagen over 1932 en 1933.
 347. CVT, inv.no. 13, jaarverslag over 1934.
 348. CvT, idem, jaarverslag over 1935.
 349. 'In Memoriam', *Ziekenzorg* 5 (1932) 35.
 350. Ziekenzorg, inv.no. 31, register met notulen van de vergaderingen van het bestuur uit de periode van 27 mei 1932 tot en met 15 oktober 1936, vergadering van 5 september 1932.
 351. Ziekenzorg, idem, vergadering van 31 oktober 1932.
 352. 'Op den tweesprong', *Ziekenzorg* 1 (1931) 3.
 353. NMG, inv.no. 216, Z 29, I, Ziekenzorg, aanstellen vaste artsen en geldelijke steun, 1933-1936, brief van J.C. Diehl aan het HB van de NMG, 18 december 1933.
NMG, inv.no. 216, notulen van de vergadering van de besturen van de Huisartsen en de Specialisten Commissie van 11 december 1933.
 354. VHZ, inv.no. 138, notulen van de bestuursvergaderingen van juli 1933 tot en met januari 1934, vergadering van 20 juli 1933.
 355. VHZ, inv.no. 138, vergadering van 19 oktober 1933.
 356. Afdeling Utrecht, inv.no. 15, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1933-1934, vergadering van 28 april 1933.
 357. VHZ, inv.no. 138, vergadering van 20 augustus 1933.
 358. VHZ, inv.no. 139, notulen van de bestuursvergaderingen van januari 1934 tot en met juli 1935, bestuursvergadering van 17 januari 1934.
 359. VHZ, inv.no. 138, vergadering van 20 juli 1933.
 360. VHZ, idem, vergadering van 27 mei 1933.
 361. VHZ, inv.no. 549, stukken betreffende de ziekenfondscrisis, verslag van de bespreking van het VHZ-bestuur en vertegenwoordigers van de Utrechtse Specialisten Vereeniging over de deelname van de specialisten aan het nieuwe Maatschappijfonds, 20 juli 1933.
 362. VHZ, inv.no. 540, notulen van de Algemene Vergaderingen, 1933-1977, vergadering van 23 september 1933.
 363. VHZ, inv.no. 932, correspondentie, verslagen, artikelen en vlugschriften betreffende de Utrechtse ziekenfondscrisis, 1933-1934, proces-verbaal van de moeilijkheden tussen de NMG en Ziekenzorg, 26 december 1933.
 364. VHZ, inv.no. 549, brief van Diehl aan Eggink, 23 juli 1933.
 365. CvT, z.i., correspondentie, gevoerd door Ziekenzorg met de NMG over de reglementswijzigingen bij VHZ, 1933, brief van de NMG aan Ziekenzorg, 2 oktober 1933.
 366. VHZ, inv.no. 549, brief van H.C. Eggink als secretaris-penningmeester van de HC aan M. Perel, voorzitter van de Utrechtse Huisartsenvereniging, 1 november 1933.
 367. VHZ, idem, brief van Eggink aan Diehl, 6 november 1933.
 368. VHZ, inv.no. 932, proces-verbaal van de moeilijkheden tussen de NMG en Ziekenzorg, 26 december 1933 en inv.no. 138, notulen van de vergadering van 25 oktober 1933.
 369. VHZ, idem, Proces-verbaal van de moeilijkheden tussen de NMG en Ziekenzorg, 26 december 1933.
 370. Van Romunde, een Utrechts oogarts, was de voorzitter van de Specialisten Commissie.
 371. NMG, inv.no. 216, correspondentie, gevoerd tussen de Utrechtse arts Hamaker en het NMG-hoofdbestuur over de Utrechtse ziekenfondscrisis, brief van 23 mei 1934.
 372. Afdeling Utrecht, inv.no. 15, vergadering van 22 december 1933.
 373. Ziekenzorg, inv.no. 31, vergadering van 16 november 1933.
 374. NMG, inv.no. 216, brief van 23 mei 1934.
 375. VHZ, inv.no. 932, proces-verbaal van de moeilijkheden tussen de NMG en Ziekenzorg en kort verslag van de bespreking van de moeilijkheden met Ziekenzorg, 15 december 1933.
 376. 'Utrecht', *Het Ziekenfonds* 12 (1933) 1-2.
NMG, inv.no. 216, brief van 23 mei 1934.

-
377. Ziekenzorg, inv.no. 63, voorlezing uit het jaarverslag van de NMP over 1934 in de Algemene Ledenvergadering van 23 mei 1935.
378. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 40-43.
379. Deze artsen werkten uitsluitend voor de ziekenfondspraktijk van Ziekenzorg voor een honorarium van f€3,25 per ziel. Zij kregen een garantie-inkomen van f 3.000 per jaar.
380. Afdeling Utrecht, inv.no. 15, buitengewone vergadering van 29 december 1933.
381. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 58-59.
382. 'Rondom de Ziekenfondsen. Wapenschouw en wapenstilstand', *Utrechtsch Nieuwsblad*, 20 januari 1934.
383. 'De Ziekenfondsen. Steeds meer bezwaar van dokterszijde', *Utrechtsch Nieuwsblad*, 15 januari 1934.
384. 'De Ziekenfondsen', *Utrechtsch Nieuwsblad*, 16 januari 1934.
385. 'Een dokter als kletskaus', *Ziekenzorg* 1 (1934) 8.
386. NMG, inv.no. 216, 29 IV, dossier Weyel.
387. Afdeling Utrecht, inv.no. 23, ingekomen- en uitgegane stukken, 1925-1936, vonnis van de raad van onderzoek van de NMG tegen Stants als NMG-arts in de kwestie Ziekenzorg, mei 1934.
388. NMG, inv.no. 154, F 1, brief van de faculteit aan de NMG, 18 februari 1939.
389. Afdeling Utrecht, inv.no. 23, maatschappelijk besluit van de afdeling tot boycot van de collega's van Ziekenzorg, 1 januari 1934.
390. NMG, inv.no. 216, brief van 23 mei 1934.
391. Afdeling Utrecht, inv.no. 23, brief van de directeur van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst aan Burgemeester en Wethouders, 8 januari 1934.
392. CvT, inv.no. 13, jaarverslagen 1934-1941.
- Ziekenzorg, inv.no. 70-71, jaarverslagen 1934-1941.
393. 'Klanken van strijd', *Ziekenzorg* 1 (1939) 6.
394. Ziekenzorg, inv.no. 63, vergadering van 23 mei 1935.
395. 'Rechten en voordeelen van de leden van onze vereeniging', *Ziekenzorg* 2 (1934) 22.
- Statuten en huishoudelijk reglement, voorwaarden inzake de verzekering van ziekenhuisverpleging en reglement van het kinderherstellingsoerfonds, 1935.
396. Uittreksel uit het reglement voor de verzekerden en voorwaarden van verzekering van het Maatschappij Ziekenfonds "Voorzorg en Hulp bij Ziekte", 1934.
397. Urologie, interne heelkunde, een half-specialisme voor oogheelkunde en een keel-, neus en oorspecialisme.
398. Als iemand een goed eigen montuur had, kreeg men gratis cilindrische of sferische glazen. Een *sterk hoorn montuur met dubbel-dikke slappe veer* kostte 80 cent.
399. 'De leden van "Ziekenzorg" genieten meer rechten dan die van ieder ander fonds in de stad', *Ziekenzorg* 1 (1935) 7.
- 'Het nieuwe Ambulatorium', *Ziekenzorg* 4 (1935) 30-33.
400. CvT, inv.no. 22, vergadering van 28 juli 1936.
401. CvT, inv.no. 13, jaarverslag over 1938.
402. Een woordvoerder van VHZ merkte tijdens een voorlichtingspraatje trots op dat de poliklinieken van de contractfondsen in 1935 per ziel 0,23 vulling aanbrachten en de tandartsen van Ziekenzorg 0,17 vulling. In 1936 waren deze aantallen gelijk.
- VHZ, inv.no. 572, voorlichtingsmateriaal voor het ziekenhuisverplegingsfonds, 1936.
403. VHZ, z.i., correspondentie en jaarverslagen betreffende de exploitatie van de VUZBTV, 1936-1940, brief van het bestuur van de NMT aan de VUZBTV, 18 september 1940.
404. CvT, inv.no.13, jaarverslag over 1934.
- VHZ, inv.no. 416, stukken betreffende het contract huisartsen-specialisten, 1934-1949.
405. Afdeling Utrecht, inv.no. 11, vergadering van 27 november 1935.
406. Gemeente-archief Utrecht, Stadsarchief, afgekort als Stadsarchief, inv.no. SA VI 906, stukken betreffende overeenkomsten met ziekenfondsen tot verzekering van on- en minvermogenden tegen ziekenhuisverpleging, 1924-1937, brief van het bestuur van de Vereeniging aan de gemeente, 15 januari 1926.
407. Stadsarchief, inv.no. SA VI 906, brief van het Comité voor ziekenhuisverpleging, 11 februari 1926.
408. Stadsarchief, idem, advies van de directeur van de GGD, 15 december 1927.
409. Afdeling Utrecht, inv.no. 11, vergadering van 27 november 1925.
410. VHZ, inv.no. 903, reglementen voor het ziekenhuisverplegingsfonds met gemeente-bemoeienis, verordening tot wijziging van de verordening op de heffing van diensten, door of vanwege den gemeentelijken geneeskundigen- en gezondheidsdienst en den gemeentelijke ontsmettingsdienst bewezen, 1933-1936.
411. Stadsarchief, inv.no. SA VI 906, aanpassing verhaal bij ziekenhuisverpleging, 16 februari 1928.

-
412. Het opnamecijfer per 1000 inwoners bij verwijzing door de GGD schommelde tussen de 75 en 89 verpleegdagen. In Arnhem, waar de ziekenhuisopname niet werd gecontroleerd, was dit meer dan 125 per 1.000. Ongecontroleerde opname betekende voor Utrecht een nadeel van f 150.000.
Stadsarchief, idem, advies van de directeur van de GGD, 15 december 1927.
413. CvT, inv.no. 22, ledenvergadering van 12 maart 1929.
Afdeling Utrecht, inv.no. 11, vergadering van 27 november 1925.
414. Stadsarchief, inv.no. SA VI 906, brief van B & W aan het Comité voor Ziekenhuisverpleging, 3 februari 1928.
415. Stadsarchief, idem, voorstel van het Comité voor Ziekenhuisverpleging aan B & W, 10 december 1928.
416. Idem, voorstel van B & W voor de verzekering van ziekenhuisverpleging, 9 juni 1933.
Idem, verzekeringsvoorwaarden, 1933.
417. Idem, instemming van de verenigde ziekenfondsen met het gemeentefonds voor de ziekenhuisverpleging, 18 september 1933.
418. Idem, brief van het bestuur van Ziekenzorg aan B & W, 14 juli 1934.
419. Ziekenzorg schafte de welstandsgrenzen voor het ziekenfonds af, maar hield deze voor het ziekenhuisverplegingsfonds aan.
Ziekenzorg, inv.no. 31, spoedbestuursvergadering van 6 juli 1934.
420. Stadsarchief, inv.no. SA VI 906, brief van de ziekenhuisdirecteuren aan B & W, 28 december 1933.
421. VHZ, inv.no. 138, vergadering van 25 oktober 1933.
422. VHZ, idem, vergadering van 9 november 1933.
423. Idem, vergadering van de Medische Commissie van 29 januari 1934.
424. Stadsarchief, inv.no. SA VI 906, brief van Maatschappelijk Hulpbetoon aan B & W over VHZ, 21 maart 1934.
425. Stadsarchief, idem, brief van het Dagelijks Bestuur van VHZ aan B & W, 18 september 1935.
426. Liduina, inv.no. 4, register met notulen van de vergaderingen van het bestuur van 1933-1936, vergadering van 5 februari 1935.
427. Liduina, idem, vergadering 27 juni 1935.
428. VHZ, inv.no. 589, notulen van de vergaderingen van de Commissie van Beheer van het Ziekenhuisverplegingsfonds, 1935-1945, vergadering van de commissie met het bestuur van de Utrechtsche Specialisten Vereeniging, 23 oktober 1935.
429. VHZ, idem, vergadering van 23 oktober 1935.
430. NMG, inv.no. 154, F1, uittreksel uit de NMG-DB-vergadering van 28 februari 1939.
431. NMG, idem, uittreksel uit de NMG-AB vergadering van 15 en 16 april 1939.
432. VHZ, inv.no. 903, overeenkomsten voor de ziekenhuisverpleging, 1933-1937.
433. VHZ, z.i., advies over de reorganisatie van de administratie en de bodedienst, 1934.
434. VHZ, inv.no. 1029, stukken betreffende de Club van Administrateurs, 1941-1945.
435. VHZ, z.i., stukken betreffende de huiselijke thuisverpleging, 1937.
436. Liduina, inv.no. 4, vergadering van 2 januari 1935.
437. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 44-48.
438. K.P. Companje, idem, 50-55.
439. Berekend aan de hand van de recapitulatiestaten over 1936-1940.
440. Inclusief bestralingen en diathermie.
441. Berekend volgens de jaaroverzichten van de CvT en VHZ, 1936-1940.
442. Inclusief diathermie.
443. CvT, jaarverslag over 1937.
444. CvT, inv.no. 31, voorstel voor aanvulling van het reglement van de Commissie van Toezicht, 12 november 1938.
CvT, idem, verslag van de ledenvergadering van 18 november 1938.
- Afdeling Utrecht, inv.no. 16, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1935-1936, vergadering van 28 februari 1936.
445. CvT, jaarverslag over 1940.
446. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 44.

Deel III: De partijen; schaalvergroting en verzakelijking

Het landelijk niveau

3.1 Achtergrond: de Nederlandse samenleving sinds 1940

Het Ziekenfondsenbesluit uit 1941 maakte de ziekenfondsverzekering tot onderdeel van de sociale verzekeringswetgeving, waardoor de relatie artsen-ziekenfondsen steeds sterker door de regelgeving van de landelijke overheid beïnvloed werd. Economische en maatschappelijke ontwikkelingen als hoogconjunctuur, verzuiling en sociale wetgeving drukten ook hun stempel op de verhoudingen.

Economische ontwikkelingen en de rol van de overheid

De rol van het landsbestuur in de samenleving werd door de bijzondere omstandigheden tijdens de mobilisatie, de bezetting en na de bevrijding versterkt. De Duitsers probeerden na de overgave in mei 1940 een nieuwe orde op te zetten. Het bestuur werd sterk gecentraliseerd en de Nederlandse bureaucratie werd aangevuld met Duitse bureaus, die een controlerende, coördinerende en verordenende taak kregen. Daardoor werd een institutioneel kader voor een actief en gedetailleerd overheidsingrijpen opgebouwd. Tegelijkertijd maakten politici, werknemers- en werkgeversvertegenwoordigers ondergronds en in Engeland intensief plannen voor nieuwe structuren voor de sociaal-economische politiek na de Duitse overgave.¹ Na het einde van de bezetting waren alle betrokken partijen het erover eens dat, in tegenstelling tot de opvattingen in 1918, centrale planning en sturing hard nodig waren voor de wederopbouw.

Elementen uit de naoorlogse periode waren de geleide loonpolitiek, het Centraal Planbureau en de Stichting van de Arbeid en economische bloei. Het Centraal Planbureau werd opgericht voor het maken van analyses en prognoses voor de ontwikkeling van het sociaal-economisch beleid. De Stichting van de Arbeid was een privaatrechtelijk overlegorgaan, waar werknemers en werkgevers op aanwijzing van het college van rijksbemiddelaars overlegden over de loonhoogte en de secundaire arbeidsvoorwaarden. In 1950 werd de Sociaal-Economische Raad, de SER, ingesteld als adviesorgaan voor kabinet en parlement. De SER gaf door de gemengde samenstelling van vertegenwoordigers uit werknemers- en werkgeverskringen en kroonleden kwalitatief hoogwaardige adviezen voor de te voeren sociaal-economische politiek. De conjunctuur ontwikkelde zich voorspoedig, mede door het handhaven van een lagelonenpolitiek en de werkgelegenheid groeide tot volledigheid.

Deze periode eindigde vrij abrupt in 1963. De Nederlandse economische en de beloningsstructuur moesten door de toetreding tot de EEG worden gelijkgetrokken met die van de andere lidstaten, waardoor loonsverhogingen nodig waren.² In 1963 werd de centrale loonpolitiek opgeblazen en een periode van inflatie begon. De werkgelegenheid in de industrie stagneerde in de zestiger jaren en begon na 1970 zelfs terug te lopen. Nederland had na vele jaren weer te maken met een economische recessie, die werd versterkt door internationale economische ontwikkelingen als de langdurige prijsstijging van olie, een verminderde koopkracht van andere landen en de vermindering van de wereldhandel. Het nationaal inkomen groeide minder snel, terwijl de overheidsuitgaven door verbreding van de sociale politiek, de stijging van de rente van de staatsschuld en de kosten van de werkloosheidsuitkeringen snel stegen.

De regering-Den Uyl trachtte in de jaren 1973-1976 door extra overheidsuitgaven het tij van de neergaande conjunctuurgolf te keren, maar dit mislukte. De inflatie steeg en de werkloosheid groeide snel.³ Stimulering door de overheid van de consumptieve vraag bleek niet te helpen, te hoge staatsuitgaven als gevolg van een te hoge collectieve lastendruk zouden voor het Nederlands prijspeil en de werkgelegenheid volkomen averechts werken. De regering moest haar economische politiek aanpassen en proberen de overheidsuitgaven in de hand te houden.

Dit vereiste een beleid van zuinigheid en bezuinigen, dat door de opvolgers van het kabinet-Den Uyl, vooral door de kabinetten Lubbers van 1982 tot 1994, met meer of minder succes werd uitgevoerd. Onder druk van de economische ontwikkelingen kozen zij in het algemeen voor een politiek die bestond uit verlaging van het financieringstekort bij de overheid, verbetering van het rendement en de vermogenspositie van de bedrijven en bezuinigingen op de overheidsuitgaven en sociale zekerheid. Afhankelijk van de economische ontwikkelingen was er meer speelruimte voor vermindering van het financieringstekort en uitgaven voor sociaal beleid, maar de teneur van beperking van de overheidsuitgaven bleef tot in de negentiger jaren onveranderd.

Economie en overheidsbemoeienis bleven nauw verbonden. Tot in de jaren zeventig stond economie van de vraagzijde centraal en werd stimulering van de consumptie door bedrijven en particulieren door overheidsinvesteringen als de oplossing voor economische neergang gezien. Na het kabinet-Den Uyl volgde de ideologische omslag. De economie van het aanbod kreeg meer aandacht en de overheid moest overgaan tot deregulering, decentralisatie en privatisering van overheidsondernemingen, de terugtrekkende overheid.⁴ De overheid moest haar grenzen beter kennen en niet te ver gaan, zoals bleek bij het verlenen van steunsubsidies aan noodlijdende bedrijven en ingrijpen in de loonontwikkeling. Elke regering maakte bij haar economische politiek eigen keuzes voor een stimulerings- of bezuinigingsbeleid en soms voor een combinatie van beide. Naar goede Hollandse traditie werd daarbij aan bezuinigen meestal de voorkeur gegeven.

Verzuiling en ontzuiling

De verzuiling bleef naast zuinigheid een belangrijk kenmerk van de Nederlandse samenleving. In de verzuilde en in liberale, socialistische en vrijzinnige kringen bleef de nadruk liggen op de waarde van de huwelijksmoraal en de familieband. In Nederland bestond tot de jaren zestig een bijna volledige consensus over monogamie, de man/vrouw-verhouding en over de gezinsband, gebaseerd op solidariteit en ouderlijk gezag.⁵ De functie van het traditionele gezin was nodig voor de voorziening van de individuele behoefte aan zorg, geborgenheid en erkenning. Het gezin ging trouw naar de kerk, luisterde naar het aanbod van de verzuilde omroepen op de radio en de Nederlander stemde trouw op de confessionele of socialistische partij van zijn of haar gezindte. De katholieke en protestantse kinderen gingen naar hun eigen scholen. De confessionele zuilen verzekerden zich vooral na de oorlog door middel van overheidssubsidies van hun aandeel in de gezondheidszorg, het onderwijs en allerlei welzijnsvoorzieningen.

Dit geeft ook aan wanneer de verzuiling voor de samenleving haar betekenis verloor, de ontzuiling. In de oorlog hadden de mensen dwars door alle zuilen heen met elkaar samengewerkt. Na de oorlog kon iedereen door radio, kranten en tv kennismaken van normen en waarden van buiten de zuil en volgden de welvaartsexplosie en de verbetering van de sociale wetgeving. De menselijke belevingswereld veranderde sterk, vooral in de zestiger en zeventiger jaren, en Kerk, familie en huwelijksmoraal verloren hun functie als traditionele instituties. Zij gaven het individu steeds minder emotionele geborgenheid en zelfbevestiging.

De ontzuiling had ingrijpende gevolgen voor de politiek en voor het stelsel van verzuilde maatschappelijke organisaties als de omroepen, de charitatieve instellingen, de vakbonden en het verzuilde netwerk van de gezondheidszorg. Evenals bij de confessionele partijen veranderde hun bestaansrecht doordat na de vijftiger jaren hun ideologische basis versmalde. Het was om financiële, bestuurskundige en effectiviteitsredenen ondoelmatig en vaak ongewenst deze instellingen met hun identieke doelstellingen en overlappende werkgebieden ongewijzigd te laten voortbestaan en de besturen besloten daarom vaak tot samenwerking of fusie. De katholieke zuil werd bijna geheel ontmanteld. Vakbonden, scholen, ziekenhuizen, kruisverenigingen en welzijnsinstellingen van protestantse en katholieke gezindte werden samengevoegd met elkaar of met neutrale instellingen. Nederland werd nooit meer hetzelfde.

Tussen overheid en vrije markt; het maatschappelijk middenveld

Met het wegvallen van de schotten van de verzuiling veranderde er iets in de relatie tussen overheid en samenleving, de manier waarop de overheid zich met de maatschappelijke omgeving verstaat en daarmee samenhangend de scheiding tussen openbaar en particulier, staat en vrije markt. Deze scheiding is niet absoluut, maar wordt aangeduid als het maatschappelijk middenveld.⁶

Dit veld wordt gevormd door een samenspel tussen overheid en het georganiseerd particulier initiatief, waarbij de overheid *de behartiging van een taak van publiek belang geheel of gedeeltelijk toevertrouwt aan privaatrechtelijke maatschappelijke organen, die de verzorging daarvan spontaan op zich hebben genomen of daartoe bereid zijn.*⁷ De mate waarin dit gebeurt wisselt van periode tot periode en is afhankelijk van factoren als historische groeiprocessen, politieke beslissingen en de kracht waarmee deze instellingen de overheidsbeslissingen kunnen beïnvloeden. Ziekenfondsen en bedrijfsverenigingen zijn voorbeelden van organisaties, die tot het maatschappelijk middenveld behoren. De confessionele instellingen in Nederland hebben sinds het einde van de vorige eeuw hun positie in het maatschappelijk middenveld beheerst door hun rol in onderdelen van de samenleving als het onderwijs, de gezondheidszorg, het omroepbestel en bij de uitvoering van de sociale onderstand. Door hun politieke invloed werd de positie van het maatschappelijk middenveld versterkt ten bate van de eigen zuil.

De ontzuiling had voor de organisaties van het middenveld twee gevolgen.⁸ De fusies en samenwerking hadden schaalvergroting en daarmee samengaand machtsvergroting tot gevolg. Daarnaast verschoof de macht in de besturen van de instellingen langzaam van de confessionele bestuurders naar professionele medewerkers. De organisaties waren door uitbreiding en verzwarend van de taken gedwongen de vrijwilligheid van goedwillende bestuurders te vervangen door het werk van professionals als beroepsadministrateurs, beleidsjuristen, psychologen en organisatiedeskundigen.⁹ Er ontstond een wisselwerking met de invloedssfeer van de overheid, die tot in de zeventiger jaren door wetgeving en overheidsdiensten haar werkzaamheid op particulier terrein en gedeeltelijk ten koste van het maatschappelijk middenveld probeerde uit te breiden. De particuliere instellingen werden daarbij op den duur bijna volledig gesubsidieerd door de overheid.¹⁰ In de periode daarna werd gekozen voor een andere rolverdeling, waarbij de particuliere organisaties van het middenveld voorzieningen van het algemeen belang konden overnemen, het proces van de privatisering.¹¹ Een sector als de gezondheidszorg is een dankbaar object voor de discussies over de verhouding tussen markt, overheid en maatschappelijk middenveld. De overheid grijpt diep in in de verhouding zorgconsument en zorgaanbieders vanaf de regulering van de geldstromen en de vaststelling van tarieven en wet- en regelgeving van beroepsuitoefening van de zorgaanbieders tot aan de wijze van verzekeren door de bevolking.¹² Sinds de jaren tachtig probeert de overheid met de koepels van de zorgaanbieders en de ziekenfondsen als organisaties van het middenveld met meer of minder succes een evenwicht te vinden tussen de volledige, door de overheid bepaalde ziekenfondsverzekering en een manier, waarop de ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars zelf door premieheffing een deel van de zorg financieren. Dit evenwicht blijkt bijzonder moeilijk te vinden, niet alleen doordat de politieke visies wisselen, maar ook omdat politiek en praktijk soms moeilijk op elkaar aansluiten.

Sociale wetgeving en ontzuiling

De ziekenfondswetgeving is onderdeel van de sociale wetgeving, die sinds 1940 verder werd ontwikkeld. Tijdens de bezetting zorgden de Duitse autoriteiten in 1941 voor twee sociale regelingen: het Ziekenfondsenbesluit en de Kinderbijslagwet. De economische bloei maakte het na 1945 financieel mogelijk dat de lappendeken van wetten en regelingen uit de voorgaande periode werd vervangen door de voorzieningen van een moderne verzorgingsstaat. Deze werden gerealiseerd in de periode 1949-1976.

Tijdens discussies over de invoering van de Algemene Ouderdomswet, de AOW, werd in de jaren 1947-1956 de volksverzekering ontwikkeld.¹³ Een volksverzekering was een voorziening waarin voorzien werd door de Staat, maar die formeel als verzekering was ondergebracht bij een maatschappelijk, afzonderlijk gefinancierd orgaan. Iedere ingezetene kon onder zekere voorwaarden een beroep doen op een dergelijke verzekering. De premie voor deze verzekeringen werd opgebracht door collectieve heffingen op inkomsten.

De volksverzekering was een oplossing om de principiële tegenstellingen te overbruggen tussen de socialisten en de confessionelen, die in van 1948 tot en met 1958 rooms-rode kabinetten vormden. De confessionele partijen hadden volledige staatszorg altijd afgewezen, maar wel gepleit voor een sociale verzekering waaruit de eigen verantwoordelijkheid duidelijk zou blijken.¹⁴ Zij waren voorstander van een ouderdomsvoorziening, waarbij aan iedere oudere een inkomen op het niveau van het bestaansminimum gegeven zou worden. Mensen zouden dan zelf kunnen kiezen voor de verzekering van een aanvullend pensioen. De socialisten daarentegen wilden een volledige uitkering voor de gehele bevolking. De SER stelde als compromis in 1952 een verplichte verzekering voor alle ingezetenen voor, die zou worden gefinancierd door een premieheffing op alle inkomens. Deze premie zou niet worden geïncasseerd door de bedrijfsverenigingen, de favoriete organisaties van de confessionelen, maar door de Rijksinvesteringsbank.

Voor de PvdA, de liberalen, verenigd in de VVD, en de katholieke leiders was deze oplossing aanvaardbaar. De katholieken vonden dit de beste manier om sociale wetgeving door te voeren en daarbij gebruik te maken van bestaande middelen en organen, zonder te moeten zwichten voor volledige staatszorg. Bij de ARP had het een revolutie tot gevolg. De nieuwe leider, Jelle Zijlstra, zwoer het oude principe van de soevereiniteit in eigen kring af en koos als nieuwe leidraad voor een tussenvorm tussen de vrije markteconomie en de planeconomie.¹⁵ Hij was voorstander van overheidsingrijpen, maar stelde daaraan grenzen: *de staat mag niet alles en de staat kan niet alles*.

Het SER-advies had drie gevolgen. De Raad had zijn reputatie als adviesorgaan gevestigd en geen enkele regering kon meer bij de ontwikkeling van het sociaal-economisch beleid om hem heen. Ten tweede werd door de acceptatie van het compromis de AOW ingevoerd. Ten derde werd hiermee het

principe van de volksverzekering geïntroduceerd, de leidraad voor nieuwe sociale verzekeringen. Voorbeelden van andere volksverzekeringen waren de Algemene Weduwen- en Wezenwet, 1959, de Algemene Kinderbijslagwet, 1963, en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, 1968. Deze laatste wet voorzag in de kosten van opname in een verpleeghuis of psychiatrische inrichting. De Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen uit 1967 en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet uit 1976 waren het sluitstuk van het complex volksverzekeringen. Hierdoor werden de financiële en medische gevolgen van langdurige arbeidsongeschiktheid gedekt.

De werknemersverzekeringen bleven naast de volksverzekeringen bestaan. Bij deze verzekeringen hadden alleen de mensen die als loontrekkenden premie betaalden recht op een uitkering. De Ziektewet, ingevoerd in 1930, bleef onveranderd. In 1952 trad de Werkloosheidswet, de WW, in werking. De WW voorzag in een uitkering tijdens onvrijwillige werkloosheid. De verplichte ziekenfondsverzekering was in feite een werknemersverzekering, maar werd in de vijftiger en zestiger jaren uitgebreid met groepen, die hun inkomen uit andere bronnen verkregen. Het Ziekenfondsenbesluit werd in 1966 met enige aanpassingen omgezet in de Ziekenfondswet.

De uitvoering van de volksverzekeringen en de werknemersverzekeringen werd in handen gelegd van organisaties uit het maatschappelijk middenveld zoals de bedrijfsverenigingen, voor een deel verenigd in het Gemeenschappelijk Administratiekantoor of GAK, de Gemeenschappelijke Medische Dienst, de GMD, de ziekenfondsen en de Sociale Verzekeringsbank, de SVB. Deze instelling was de opvolger van de Rijksverzekeringsbank.

De Armenwet werd in 1965 door de KVP-minister Klompé vervangen door de Algemene Bijstandswet, de ABW. Door de ontwikkeling van de sociale verzekeringswetgeving groeide het idee, dat de armlastige het recht kreeg op een uitkering van de overheid en niet gedwongen zou moeten zijn tot een beroep op de bedeling. De confessionele partijen bleven vasthouden aan de principes van de Armenwet: een rol voor de kerkelijke en gemeentelijke armenzorg. De gemeenten kregen daarbij steeds meer financiële armslag en de uitkeringsniveaus stegen.¹⁶

De leidraad voor het nieuwe beleid werd de opvatting dat de overheid zich *op geen enkele wijze direct met de persoonlijke levensovertuiging mocht bemoeien*.¹⁷ Dit werd gerealiseerd door een subsidiebeleid, waardoor particuliere instellingen als kruisverenigingen en andere organisaties voor maatschappelijk werk hun activiteiten konden voortzetten en uitbreiden. De armenzorgtraditie werd hiermee geïncorporeerd in de verzorgingsstaat. De culminatie van dit proces was de aanvaarding van de ABW in 1965, waardoor de financiële zorg voor mensen in moeilijkheden tot een plicht van de Staat en de burgerlijke gemeente werd gemaakt.

De invoering van de Bijstandswet maakte de ontzuiling van de wetgeving van de sociale zorg definitief. De subsidiariteit van de katholieke zuil werd vervangen door de solidariteit van de gemeenschap. Voor de kerkelijke autoriteiten was als uitkerende instantie in deze wet geen rol meer weggelegd. De uitvoering van de Bijstandswet werd geheel in handen van de sociale diensten van de gemeenten gegeven. De bijstand was staatszorg, de kosten konden niet meer verhaald worden op de naaste verwanten. Degenen die een beroep deden op een bijstandsuitkering werden niet meer als persoonlijk verantwoordelijk gezien voor hun levensomstandigheden. Zij kregen in 1965 een garantie voor een uitkering op het niveau van het bestaansminimum. Deze uitkeringen zouden de volgende jaren ruimer kunnen worden door de groeiende welvaart en ruimte bij de overheidsfinanciën.

Sociale zekerheid, economische veranderingen en veranderende visies

De opbouw van de sociale zekerheid in de jaren 1948-1976 was mogelijk door de gunstige ontwikkeling van de economie, een lange periode van volledige werkgelegenheid en gezonde overheidsfinanciën door de opbrengsten uit de leveranties van aardgas. Daarnaast speelde een voortdurende rivaliteit tussen de PvdA, de KVP en de ARP om de gunst van de kiezer een belangrijke rol.¹⁸ De AOW kwam uit de PvdA-koker, maar de Bijstandswet, verhogingen van het minimumloon, de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de WAO waren wetten van confessionele ministers. Door de garanties van deze zekerheid werden de bittere herinneringen aan de crisis en de bezetting wat verzacht en ontstond in Nederland bij de bevolking een vertrouwen in de economie, de overheid en zichzelf.

Dit veranderde na 1975. De Algemene Arbeidsongeschiktheidswet werd aangenomen tijdens de economische recessie. De werkloosheid steeg snel. Het niveau van de uitkeringen, gecombineerd met de groei aan WW-uitkeringen en een onvoorzien groot gebruik van de WAO leidde tot een explosieve groei van de sociale zekerheidsuitgaven en droeg bij tot de overheidstekorten.

Sindsdien is dit een van de grootste problemen waarmee iedere regering te kampen heeft. Het recht op sociale zorg is een erkend recht, maar dit recht moet betaalbaar blijven. De oplossing voor de

beheersbaarheid werd en wordt gezocht in beperking van de groepen, die voor uitkeringen in aanmerking komen, vermindering en stroomlijnen van de aantallen uitkeringen en kortingen op de uitkeringen zelf. Er wordt gestreefd om de uitvoering van de sociale verzekeringen te stroomlijnen door fusies tussen het GAK, de GMD en de zelfstandig werkende bedrijfsverenigingen, schaalvergroting in de gezondheidszorg en efficiency-operaties bij de gemeentelijke sociale diensten. Soms wordt geprobeerd de verzorging en financiering van uitkeringen en zorg over te dragen aan het maatschappelijk middenveld of zelfs aan de particuliere markt. Voorbeelden zijn de verzekering van een deel van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen door pensioenfondsen en particuliere verzekeraars en de overheveling van delen van de ziekenfondsverzekering naar de particuliere verzekering. De verzekerende instellingen veranderen daardoor meer en meer van bureaucratische instellingen in marktgerichte organisaties, met alle gevolgen voor de verhoudingen tussen de verzekerden, de verzekeraars en hun relaties.

De welvaartsstaat in evenwicht en verandering

Door de ontzuiling en de groeiende invloed van de overheid op de maatschappij zijn de verhouding tussen het particulier initiatief, het maatschappelijk middenveld en de overheid steeds in verandering. Deze proberen als partners een evenwicht te vinden tussen collectivisme en individualisme, tussen staatszorg en de volledig vrije markt. Dit evenwicht is niet absoluut, maar afhankelijk van de politieke mogelijkheden en denkbeelden, de financiële mogelijkheden van de overheid en de kosten van de samenleving, met name die van de sociale zorg. De Nederlandse samenleving verandert, de voorzieningen van de welvaartsstaat worden aangepast. Een van die voorzieningen is de verzekering van de gezondheidszorg.

3.2 De bezetting: artsenverzet, het Ziekenfondsenbesluit en concentratiegedachten

De relatie artsen-ziekenfondsen veranderde ingrijpend in de periode 1940-1945. De psychologische druk in het begin van de bezetting, de gelijkschakeling van de artsen, het artsenverzet, de invoering van het Ziekenfondsenbesluit en de pogingen tot concentratie van de ziekenfondsen waren er de oorzaak van dat zij hun vrijheid bij het beheer van het bestel definitief verloren.

Na de meidagen van 1940: het einde van de polarisatie

De relatie artsen-ziekenfondsen veranderde na mei 1940. Plaatselijk bleven de verhoudingen tussen de fondsen en de medewerkers ongewijzigd, maar op het landelijk niveau had de bezetting voor de verhouding artsen-ziekenfondsen een schokeffect. Alle conflicten en getwist leken opeens onbelangrijk, want de angst voor Duits ingrijpen was groot.

De partijen reageerden met ideeën over concentratie. De CBZ van de onderling beheerde ziekenfondsen pleitte voor ziekenfondskoncentratie en verwees daarbij naar het Unificatierapport: een ziekenfonds per werkgebied.¹⁹ De Specialisten Commissie van de NMG kwam met een nota, waarin gepleit werd voor een fusie van alle ziekenfondsen tot een landelijke organisatie met een districtsgebijze uitvoering onder een Centrale Ziekenfondsraad.²⁰ Deze districtsgebijze organisatie moest in combinatie met de invoering van een verplichte verzekering de financiële mogelijkheden van de ziekenfondsen vergroten. De specialistische hulp kon worden uitgebreid en verbeterd en de verwijzing zou voor de verzekerden vervangen moeten worden door de vrije loop met een ticket modérateur of eigen bijdrage, het favoriete systeem van de specialisten.

De Specialisten Commissie maakte door deze nota duidelijk dat zij de NMG verweet de afgelopen jaren te veel de belangen van de huisartsen bij de ziekenfondsen te hebben verdedigd en te veel begrip te hebben getoond voor de ziekenfondsen.²¹ De Huisartsen Commissie zelf was uit angst voor Duits ingrijpen bereid om met de specialisten samen te werken. Op 21 juli 1940 spraken de beide artsen-groepen zich uit voor de fusie van alle ziekenfondsen tot een landelijk fonds. Om het sprookje te vervolmaken voerden de commissies op 24 juli gezamenlijk overleg met Van Lienden en vertegenwoordigers van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen, J. Veldman en J. Hendriks, waarbij niemand eigenlijk tegen een fusie bleek te zijn.

De idylle vervloog weer snel. Op 31 juli voerde C. van den Berg, de directeur-generaal van Volksgezondheid, met de organisaties van de artsen, de tandartsen, de apothekers en de ziekenfondsen overleg over mogelijke Duitse plannen.²² Van den Berg had laten doorschemeren dat de Duitsers zich niet met het ziekenfondswezen zouden bemoeien als er een eenvoudige landelijke regeling zou komen. Hij was wel voorstander van concentratie, maar fusie ging hem te ver. Van Lienden, Veldman en Hendriks trokken daarop hun mening over een Nederlands ziekenfonds in.²³ De NMG bleef daarentegen wel warm pleiten voor een landelijk fonds, ingericht naar de wensen van de artsen. Van den Berg liet de zaak verder over aan zijn secretaris-generaal W. Verweij, die een verplichte ziekenfondsverzekering of een verplicht lidmaatschap van de NMG staatsrechtelijk onaanvaardbaar vond.²⁴ De fusiegedachten verdwenen in de la bij het Unificatierapport en afgelegde wetsontwerpen.

Deze contacten tussen de NMG, de NMP, de NMT, de ziekenfondsen en de overheid hadden geen tastbare resultaten opgeleverd, maar zij maakten wel een einde aan de lange periode van polarisatie. De NMG en de CBZ waren weer bereid tot overleg en samenwerking.

De ziekenfondsorganisaties wilden zelf ook nauwer samenwerken. Zij vergaderden op 25 september 1940 met het Utrechtse Ziekenzorg, het Limburgse Algemeen Mijnerwerkersfonds en het bedrijfsfonds van Philips over de prijsverhoging van brillen.²⁵ Tijdens dit overleg bleek de behoefte aan een contactcommissie die niet alleen de problemen met de montuurgrossiers kon oplossen, maar die ook kon helpen bij problemen met de NMG. In april 1941 werd de Commissie voor de Ziekenverzorging in Nederland opgericht als overlegorgaan voor de CBZ, de Bond van R.K.-Ziekenfondsen, de Landelijke Contactcommissie van onderling beheerde Ziekenfondsen, de Nederlandse Bond van Ziekenfondsen²⁶ en twee federaties van ziekenhuisverplegingsfondsen. De eenheid bij de onderling beheerde ziekenfondsen, verbroken door de oprichting van de Landelijke Contactcommissie in 1939, was hersteld.

De kloof tussen de CBZ en de Maatschappijfondsen was wel groter geworden. Van Lienden had met J.W. Buijze en C. Stolk, directeuren van de Federatie van Vereenigingen van Ziekenhuisverpleging, in oktober 1939 de Centrale Raad van Ziekenfondsen en Ziekenhuisverplegingsverenigingen gevormd.²⁷ Het belangrijkste doel van deze Raad was samen te werken bij de herverzekering van de ziekenhuisverpleging. Stolk en Buijze vatten in augustus 1941 tegen de zin van de NMG-fondsen het plan op met het oog op het aangekondigde Ziekenfondsenbesluit hun plaatselijke

ziekenhuisverplegingsverenigingen in ziekenfondsen om te zetten.²⁸ Uiteindelijk hadden deze acties niet zoveel om het lijf, maar ze leidden wel tot confrontaties van de Maatschappijfondsen met de Duitsers en de NSB.

De Stichting Vereenigde Maatschappijfondsen; een korte flikkering met gevolgen

De besturen van de Maatschappijfondsen hadden een broertje dood aan deze verenigingen, die hun eigen verenigingen beconcurrerden en meestal commercieel werkten. Stolk en Buijze hadden gedreigd dat zij bij het mislukken van hun initiatief hun verzekerden zouden onderbrengen bij het ANOZ van de CBZ.

In de ogen van het bestuur van het Maatschappijfonds "Alphen en Omstreken" betekende dit versterking van de onderlinge fondsen ten koste van de Maatschappijfondsen en een verdergaande versnippering van het ziekenfondswezen over de ruggen van de verzekerden. Het Dagelijks bestuur van "Alphen en Omstreken", de arts F.C. Nieuwenhuyzen, de verzekerde J.F. Allart, de apotheker Bartels en de administrateur Vos kregen steun van het bestuur van het Utrechtse VHZ, het fonds uit Amersfoort en andere Maatschappijfondsen. Zij besloten op 10 oktober 1941 tijdens een vergadering op het kantoor van VHZ om gezamenlijk op te treden tegen de Stolk-Buijze-actie en elkaar te steunen bij de invoering van het Ziekenfondsenbesluit op 1 november 1941.²⁹ 65 van de 79 Maatschappijfondsen wilden meedoen.³⁰

Stolk, Buijze en het Ziekenfondsenbesluit waren niet de enige aanleiding voor de samenwerking van de Maatschappijfondsen. Het Hoofdbestuur van de NMG had naar de zin van de leden in het voorjaar van 1941 te veel concessies gedaan aan de Duitsers, vooral bij anti-joodse maatregelen.³¹ De druppel die voor de leden de emmer deed overlopen, was de weifelende houding van het HB over de aankondiging van ingrijpende maatregelen voor de Nederlandse artsen en apothekers zoals de inrichting van de Nederlandse Artsenkamer. Sinds juni 1941 zegden steeds meer artsen uit protest hun lidmaatschap van de NMG op, aangezet door onderlinge correspondentie en vlugschriften.³² In augustus werd de ondergrondse artsenorganisatie Medisch Contact opgezet en het oude NMG-Hoofdbestuur trad op 27 september af. Het Medisch Contact steunde de actie van Nieuwenhuyzen, Bartels en De Vos.³³

Eggink, nog steeds secretaris-penningmeester van de HC, was betrokken bij de voorbereidingen voor de Artsenkamer en de oprichting van de Nederlandse Vereeniging van Ziekenfondsartsen, de NVVZA, feitelijk NSB-organisaties.³⁴ Hij had in het verleden iedere poging tot samenwerking van de Maatschappijfondsen, zoals in 1936, succesvol weten te verhinderen en probeerde dit nu weer.³⁵ Van de Bunt uit Amersfoort en Nieuwenhuyzen wisten echter met Wefers Bettink van VHZ in overleg met hun administrateurs en met de steun van Van den Berg de Duitse autoriteiten voor hun zaak te winnen.³⁶ De Obermedizinalrat G. Reuter van volksgezondheid, verantwoordelijk voor de Artsenkamer en de NVVZA, en het vernieuwde Maatschappijbestuur stonden achter hun actie.³⁷ Op 28 oktober 1941 werd de Stichting "Vereenigde Maatschappij Ziekenfondsen (V.M.Z.)" opgericht en 67 Maatschappijfondsen sloten zich bij de V.M.Z. aan.³⁸

Het Medisch Contact moest in december 1941 de Artsenkamer en de NVVZA accepteren omdat de artsen zonder inschrijving of lidmaatschap geen praktijk konden uitoefenen.³⁹ Het adviseerde wel de Huisartsen Commissie en de Specialisten Commissie van Eggink en de zijnen te boycotten, onder meer wegens hun tegenwerking bij de oprichting van de Stichting V.M.Z.

De nieuwe organisatie was ondanks deze steun een kort leven beschoren. Eggink en Diehl, de secretaris-penningmeester van de SC, bleven volharden in hun pogingen de leiding te krijgen over de Nederlandse artsen. Op 19 december 1941 werd de NMG op grond van de Nederlandse Artsenverordening ontbonden en gingen haar rechten en plichten over op de NVVZA.⁴⁰ De Maatschappijfondsen werden als eigendom van de NVVZA beschouwd en de collectieve contracten van de Maatschappijfondsen, die onder verantwoordelijkheid van de NMG waren getekend, werden door de vereniging overgenomen. Van den Berg kreeg in januari 1942 wel van C.C.A. Croin, de president van de Artsenkamer, de toezegging dat de Maatschappijfondsen hun bezittingen konden behouden en dat de Stichting V.M.Z. met rust gelaten zou worden.⁴¹ De secretarissen van de NMG, waaronder Eggink en Diehl, mochten onder leiding van Croin hun functies blijven bekleden.⁴² Toen Eggink wist dat zijn positie zeker was, ging hij tegen de Stichting V.M.Z. in het offensief.

Hij vocht de Stichting juridisch en medisch aan en overtuigde Croin ervan dat de samenwerking van de fondsen geen zin had.⁴³ Zij konden beter worden samengevoegd, want de Maatschappijfondsen zouden volgens hem na erkenning volgens het Ziekenfondsenbesluit gelijkgeschakeld worden en hun identiteit als artsenfondsen verliezen. Concentratie van het ziekenfondswezen zou daardoor worden vergemakkelijkt. Eggink had nu wel succes. Croin liet de Stichting op grond van de Artsenverordening

op 23 januari 1942 opheffen.⁴⁴ De Stichting V.M.Z. had opgehouden te bestaan, maar zou na de oorlog weer in leven worden geroepen als Federatie V.M.Z. Voorlopig hadden de Duitsgezinde Eggink, Diehl en Croin de sterkste troeven in het ziekenfondsspel en de Maatschappijziekenfondsen kregen geen mogelijkheid meer gezamenlijk actie te ondernemen tegen Duitse of NSB-maatregelen.

De NVVZA wilde een eventuele actie van het Medisch Contact tegen de maatregel voorkomen. Het MC dacht erover bij de verzekerden aan te dringen op het opzeggen van het Maatschappijfondslidmaatschap, hetgeen tot een leegloop van deze fondsen naar de CBZ-fondsen zou leiden. Secretaris-generaal Verweij vaardigde daarom op 14 april 1942 de Stopcirculaire uit.⁴⁵ Volgens deze maatregel mochten verzekerden binnen een werkgebied niet van ziekenfonds veranderen, behoudens verhuizing. De Stopcirculaire voorkwam niet alleen het leegstromen van de Maatschappijfondsen, maar beëindigde alle concurrentie tussen ziekenfondsen in hetzelfde werkgebied door de verhoudingen tussen de fondsen onderling te bevriezen tot aan de opheffing van de maatregel in 1947.

De artsen hadden geen mogelijkheden tegen de maatregelen te protesteren. Het Medisch Contact dacht er eerst over om een ziekenfondsactie te beginnen en beschouwde de opheffing van de Stichting als een politieke maatregel.⁴⁶ Als de ziekenfondsen ondergeschikt gemaakt zouden worden aan de Artsenkamer, dan waren de artsen voor hun ziekenfondshonoraria met handen en voeten aan de NSB-organisatie van Eggink en Croin gebonden.⁴⁷ Toch kon het MC niet anders besluiten dan dat de Nederlandse artsen de ziekenfondsen niet zouden gebruiken voor de *politieke strijd tegen de NSB*.⁴⁸ Een artsenstaking was niet mogelijk, want de verzekerden mochten niet het slachtoffer worden en een ziekenfondsboycot was uitgesloten, omdat de NSB dan het verfoeide Duitse Krankenkassensysteem zou proberen in te voeren. De consequenties daarvan waren artsen in loondienst en lage honoraria. Veel artsen bleken bovendien niet mee te willen werken, vooral in de grote steden.⁴⁹ Het Medisch Contact adviseerde af te wachten of nieuwe honorariumregelingen bevredigend zouden zijn en niet te veel tegen het fatsoen zouden indruisen.

Het gevolg van dit advies was inderdaad dat de artsen de ziekenfondsen niet bij hun verzetsacties gebruikten. Het was eigenlijk het verstandigste. In de praktijk bleek dat aan de bestaande honorariumregelingen niet werd getornd. Het zou ook onmenselijk geweest zijn in de bezettingstijd een honorariumstrijd uit te vechten over de ruggen van de Nederlandse ziekenfondsverzekerden. Bovendien hadden de fondsen al hun handen vol aan de invoering van het Ziekenfondsenbesluit.

Het Ziekenfondsenbesluit; een draconisch einde van een slepende strijd

Het Ziekenfondsenbesluit werd op 16 augustus 1941 afgekondigd en ging op 1 november in. Het uiteindelijke Ziekenfondsenbesluit was een ontwerp van R. Jakob, Präsident van de Geschäftsgruppe Soziale Verwaltung. Deze Gruppe was een werkgroep die zich bezighield met sociale zaken zoals de verzekeringswetgeving. Het ziekenfondswezen was daar onderdeel van. Jakob nam daarvan het verzekeringstechnische deel voor zijn rekening. Obermedizinalrat Reuter, zijn collega van volksgezondheid, zorgde voor de contacten met de artsen, zoals in de kwestie van de Maatschappijfondsen.

De regeling van de ziekenfondsverzekering was voor de Duitse autoriteiten om economische, politieke en propagandistische redenen interessant.⁵⁰ De concurrentie tussen het Nederlandse en het Duitse bedrijfsleven moest gelijkwaardig worden. Dit kon onder meer door de Nederlandse werkgevers te laten bijdragen in een ziektekostenverzekering. Het politieke motief betrof de relatie met de artsen en de versterking van de vakbonden. Croin en Reuter zouden de artsen beter onder druk kunnen zetten door hen aan een verplichte ziekenfondsverzekering te binden. De Duitse vakbondsautoriteiten wilden de ziekenfondsen onder vakbondsinvloed brengen om de Nederlandse werknemers- en werkgeversorganisaties gelijk te kunnen schakelen.⁵¹ Het NVV was in het voorjaar van 1941 door de NSB'er H. Woudenberg overgenomen en deze wilde het Ziekenfondsenbesluit gebruiken als propaganda om het NVV ten koste van het RKWV en het CNV te versterken. Duitsers én NSB hoopten dat de ziekenfondsregeling hun regime wat populairder zou maken, een motief dat ook bij de invoering van de kinderbijslag een rol speelde.

Jakob had de bedoeling het Nederlandse ziekengeld- en ziekenfondssysteem gelijk te schakelen met het Duitse stelsel, maar daarbij probeerde hij rekening te houden met de Nederlandse opvattingen.⁵² Hij verklaarde in oktober 1940 niet te willen uitgaan van het wetsontwerp-Van den Tempel, dat vlak voor de oorlog aan de Tweede Kamer was aangeboden. Dit ontwerp, afkomstig van Van den Berg, ging uit van een vrijwillige verzekering. Jakob wilde een verplichte verzekering, gekoppeld aan de Ziektewet. Deze moest verder gaan dan de Ziektewet, die alleen als garantie voor een uitkering een

medische verzorging vroeg. De Duitser ging uit van een verplichte verzekering, waarbij de werkgever als in Duitsland de helft van de premie betaalde.⁵³

Jakob vond dat de Nederlandse ambtenaren niet hard genoeg werkten en kwam zelf met een ontwerp, dat noch voor de Nederlanders, noch voor de Duitsers zelf aanvaardbaar was. Hij stelde begin 1941 een verplichte staatsziektekostenverzekering met een aanvullende verzekering voor, die door de fondsen kon worden verzorgd. Voor Van den Berg en diens collega Verweij was dit staatsrechtelijk verkeerd en de ziekenfondsen, artsen, apothekers en tandartsen zouden hun medewerking weigeren.⁵⁴

Ook van Duitse zijde kwam protest tegen de plannen van Jakob. Diens collega G. Ady, verantwoordelijk voor de particuliere ziektekostenverzekering, zag zijn werkterrein verdwijnen en protesteerde bij Seyss-Inquart. Na enige druk trok Jakob zijn ontwerp in. Toch bleef hij onverdroten doorgaan met ontwerpvoorstellen en uiteindelijk kwam hij met een veel gematigder plan voor een raamontwerp dat in de smaak viel bij de Reichsgesundheitsführer Conti en de topman Pohl van de Duitse vakbond.⁵⁵ Zij overlegden met Seyss-Inquart en Jakob kreeg toestemming dit raamontwerp verder uit te werken. Op 8 mei presenteerde hij zijn boreling, die nu wel door zijn superieuren en collega's werd goedgekeurd en de wereld inging als het Ziekenfondsenbesluit.

De acceptatie van het besluit door de Nederlandse betrokken partijen was wisselend. Van den Berg was al in april van het laatste ontwerp-Jakob op de hoogte en had verklaard dat het in grote lijnen overeenstemde met de landelijke wensen.⁵⁶ Hij verzocht wel de ingangsdatum op 1 januari 1942 te stellen, maar dit toch werd 1 november 1941. Hij vond deze termijn voor de ziekenfondsen te kort, maar de Duitsers hielden om propagandaredenen voet bij stuk. De NMG was voor de Duitsers en Duitsgezinde artsen bij de invoering van weinig nut. Croin en Reuter probeerden op 24 augustus de steun van het Hoofdbestuur te krijgen, maar dit bleek weinig zin te hebben. De artsen zegden massaal hun lidmaatschap op en het Medisch Contact werd snel sterker. Toch verzette het MC zich niet tegen het Ziekenfondsenbesluit door te verklaren geen ziekenfondsactie te beginnen. De NMP had tegen het Besluit geen bezwaar als de rechtspositie van de apothekers maar geregeld werd.⁵⁷

De CBZ aanvaardde het Ziekenfondsenbesluit gladjes. Zij juichte het einde van de strijd tegen de onderling beheerde fondsen toe. De Bond merkte zelfs nog op dat de in het Besluit opgelegde landelijke vrije artsenkeuze al door de CCZ ingevoerd had kunnen zijn, maar door tegenstand vanuit de Maatschappij getorpedeerd was!⁵⁸ De CBZ werkte nauw samen met Van de Berg, want zij zag een goede kans haar fondsen te versterken, met name het ANOZ. De besturen van de Maatschappijfondsen bleven van mening dat de bestaande ziekenfondsstructuur voldoende was. Zij zagen zich echter gedwongen het Besluit te accepteren en er het beste van te maken, onder meer door samenwerking in de Stichting V.M.Z. en door de praktische uitwerking te versnellen.⁵⁹

Het Ziekenfondsenbesluit werd dus door alle betrokken partijen geaccepteerd. Het zorgde voor de overheidsregulering van het ziekenfondsbestel op het landelijk niveau en maakte een einde aan de verlammeende patstelling tussen de overheid, de artsen, de ziekenfondsorganisaties en de vakbonden, die de landelijke uitbouw van de gezondheidszorg en de ziekenfondsverzekering vele jaren had belemmerd.

Het Besluit was een dwangmaatregel, waarvan de aanvaarding verschillend is geïnterpreteerd. In 1946 publiceerde Van den Berg een door hem zelf ingekleurd overzicht van de totstandkoming van het Besluit en liet het voorkomen, alsof het een ontwerp van Nederlandse ambtenaren was.⁶⁰ Deze versie is lange tijd geaccepteerd en pas in 1989 bijgesteld.⁶¹ De motieven van Van den Berg zijn nu niet belangrijk. Zijn visie vergemakkelijkte in ieder geval dat na de bezetting het Ziekenfondsenbesluit door de partijen en de overheid blijvend werd aanvaard.⁶² Het Besluit werd op 1 januari 1966 zonder ingrijpende wijzigingen omgezet in de Ziekenfondswet.

Het Ziekenfondsenbesluit: de principes

Het Ziekenfondsenbesluit was een besluit en geen wet, goedgekeurd door het parlement. Het werd afgekondigd als besluit van de Secretaris-Generaal van het Departement van Sociale Zaken betreffende het Ziekenfondswezen en kon daarom zonder plichtplegingen worden ingevoerd.⁶³ Een verplichte staatsziektekostenverzekering had als decreet door de Führer moeten worden ondertekend en zou te veel tijd hebben gekost. Het was een raambesluit en gaf de principes van de ziekenfondsverzekering aan. De uitwerking gebeurde door middel van Uitvoeringsbesluiten. De uitgangspunten van de ziekenfondsverzekering waren:⁶⁴

- het recht van alle werknemers, die verzekerd waren ingevolge de Ziektewet, op geneeskundige verzorging voor zichzelf en hun gezinsleden via de verplichte ziekenfondsverzekering.⁶⁵ Ambtenaren vielen niet onder de Ziektewet en bleven dus buiten de verplichte verzekering;

- het door de overheid uitoefenen van toezicht op het beleid en het financiële beheer van de ziekenfondsen. De Directeur-Generaal der Volksgezondheid werd als Commissaris belast met het toezicht op de ziekenfondsen. In januari 1949 werd hij met zijn bureau vervangen door de Ziekenfondsraad. De Commissaris werd tot 31 december 1941 bijgestaan door een Raad van Bijstand.⁶⁶

De ziekenfondsverzekering en de Ziektewet waren eindelijk gekoppeld sinds Talma in 1910 zijn eerste wetsontwerpen op tafel had gelegd. Deze cirkel van de sociale wetgeving was na 31 jaar eindelijk rond. De koppeling was alleen omgedraaid. Talma ging uit van recht op een ziektewetuitkering aan de hand van een ziekenfondslidmaatschap, Jakob verbond het recht op een ziekenfondsverzekering aan de Ziektewet. De ziekenfondsen waren verplicht Ziektewetverzekerden te accepteren op grond van een verklaring, *dat de aanmelder werkzaam is in een krachtens de Ziektewet verzekeringsplichtig bedrijf*.⁶⁷

De werkgeversverklaring was geboren!

Naast de verplichte verzekering, gekoppeld aan de Ziektewet, kon ieder *wiens inkomen niet de bij de statuten van het ziekenfonds of [...] vastgestelde inkomensgrens te boven gaat* het sluiten van een verzekering bij een door de Minister van Sociale Zaken erkend ziekenfonds vorderen.⁶⁸ Deze bepaling vormde de rechtsgrond voor de vrijwillige verzekering. Op 1 januari 1941 telden de ziekenfondsen 4.273.433 verzekerden. 1 januari 1942 waren 2.021.631 vrijwillig verzekerden en 3.324.903 verplicht verzekerden ingeschreven, een stijging van 25,11%.⁶⁹

Het oude begrip welstandsgrens verdween door de invoering van de term inkomensgrens naar de achtergrond. Deze grens werd op 1 november 1941 voorlopig en niet-bindend op f 3.750 gesteld en in een later Uitvoeringsbesluit dwingend voorgeschreven.⁷⁰ Het duurde lang voor landelijk een uniforme inkomensgrens voor de vrijwillige verzekering was vastgesteld. In 1947 werd deze op het peil van de loongrens van de verplichte verzekering gebracht.⁷¹ Mensen met een inkomen boven de loongrens moesten zich particulier verzekeren.

De verzekerde was in principe vrij in de keuze van het ziekenfonds. Toch waren er enkele beperkingen om de ziekenfondsen tegen deze vrijheid te beschermen. Fondsen mochten verzekerden, woonachtig buiten hun werkgebied weigeren, gezondheidsverklaringen eisen en eerder geroyeerde verzekerden weigeren.⁷²

Het onderscheid vrijwillig-verplicht verzekerden was door de koppeling met de uitkering van ziekengeld soms moeilijk. Een verandering van de loongrens in de Ziektewet had grote gevolgen voor de grootte van de verplichte verzekering. Categorieën werknemers met inkomsten uit loondienst die niet onder de Ziektewet vielen, zoals ambtenaren, zeelieden en spoorwegpersoneel, stonden buiten de verplichte verzekering, evenals gepensioneerden en kleine zelfstandigen. Deze problemen zouden gedeeltelijk worden opgelost door de verplichte verzekering uit te breiden met bevolkingsgroepen, die niet onder de Ziektewet vielen, of door aparte verzekeringsvormen te creëren zoals de publiekrechtelijke verzekering. Soms werden groepen uit de verplichte verzekering verwijderd. Deze manier wordt nog steeds gebruikt. Het vaststellen van de kring van verzekerden was door de vage manier van definiëren een vak apart.

Het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten; de verstrekkingen

De verplicht verzekerde kreeg recht op een vrijwel volledig, in de Uitvoeringsbesluiten beschreven landelijk uniform pakket verstrekkingen in natura.⁷³ De fondsen waren nog wel vrij in de verstrekkingen van de vrijwillige verzekering. Bij de verplichte verzekering verdwenen de verschillen uit het verleden, de meeste fondsen waren gedwongen hun verstrekkingen aanzienlijk uit te breiden. Het standaardpakket bestond uit de gebruikelijke huisartsen- en specialistische hulp, genees- en verbandmiddelen en tandheelkundige hulp, uitgebreid met ziekenhuis- en sanatoriumverpleging⁷⁴, verloskundige hulp en kunst- en hulpmiddelen.

Van groot belang was de verstrekking van uitwendige geneeswijzen, ofwel *physische therapie met inbegrip van bestraling*.⁷⁵ Tot 1941 werden deze onregelmatig en zeer beperkt vergoed. De opname van fysiotherapie in het Ziekenfondsenbesluit betekende voor de verzekerden een grote verbetering voor hun gezondheidszorg en voor de heilgymnast-masseur eindelijk erkenning van zijn beroep. In 1938 waren diens werkzaamheden in een wettelijke regeling als niet-geneeskundige handelingen toegelaten, maar door het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten werd dit beroep in 1942 voor de ziekenfondsverzekering erkend.⁷⁶

Het stelsel van collectieve contracten van de medische beroepsgroepen met de ziekenfondsen, zoals dit zich tot november 1941 had ontwikkeld, bleef gehandhaafd. Bestaande contracten bleven *tot een nader door den Commissaris te bepalen tijdstip* van kracht.⁷⁷ De plaatselijke contracten van huisartsen, specialisten en apothekers bleven daardoor tot na de bevrijding ongewijzigd van kracht. Dit was

vooral voor de specialisten nadelig. Door de landelijke regeling van de specialistische hulp kregen zij eindelijk hun felbegeerde landelijke erkenning, maar ook veel meer werk, terwijl hun honorarium door de methodiek van de specialistenpot nauwelijks steeg.

De ziekenfondsen moesten door de uitbreidingen van het verstrekkingenpakket met tandartsen, vroedvrouwen, heilgymnasten en ziekenhuisverpleging veel nieuwe overeenkomsten afsluiten. Dit kwam maar langzaam op gang. De Commissaris ging ervan uit dat fondsen zelf hun overeenkomsten met individuele zorgverleners afsloten, maar sommige koepelorganisaties probeerden toch tot landelijke overeenstemming te komen.⁷⁸ Vanaf 1943 spanden de NMT, de organisaties voor vroedvrouwen en het Nederlandsch Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage en de Vakgroep Opticiens zich in voor landelijk uniforme tarieven, maar deze pogingen hadden pas na de bevrijding succes.⁷⁹

De ziekenfondsen sloten vanaf 1943 plaatselijk overeenkomsten met ziekenhuizen. Het was volgens het Tweede Uitvoeringsbesluit de bedoeling dat de 42 ligdagen van de ziekenhuisverpleging zouden worden herverzekerd, maar dat mislukte. Verplicht verzekerden kregen hun ziekenhuisverpleging van hun ziekenfonds vergoed en zegden vaak hun lidmaatschap van hun ziekenhuisverplegingsvereniging op.⁸⁰ De verenigingen waren vaak te klein, hadden geen financieel draagvlak, een te gebrekkige administratie en geen medische controle. De herverzekering werd uiteindelijk overgenomen door de gemeentes, de ziekenfondsen zelf en door ziekenhuisverplegingsverenigingen, die geassocieerd waren met ziekenfondsen.

Door het Ziekenfondsenbesluit werd de oude structuur ziekenfondsen-artsen-apothekers doorbroken en vernieuwd met nieuwe groepen zorgaanbieders, die ieder hun door de overheid gegarandeerd aandeel in de gezondheidszorg voor de ziekenfondsverzekerden eisten. Polarisatie tussen de NMG en de ziekenfondsorganisaties was nog steeds mogelijk, maar zou het ziekenfondsbestel nooit meer kunnen verlammen als in de dertiger jaren. De inrichting van het ziekenfondswezen werd in het vervolg door de overheid vastgesteld en zou geen strijdpunt meer kunnen zijn tussen de partijen onderling. De ziekenfondsen hadden te maken met een veel grotere groep zorgaanbieders. De NMG speelde in de cruciale beginjaren van de ontwikkeling van het Ziekenfondsenbesluit geen rol. Ze was immers opgeheven. De nieuwe belangengroepen maakten zich in tegenstelling tot de NMG niet druk over bestuurszetels, eigen fondsen en politieke invloed.

Het Derde Uitvoeringsbesluit schreef de vrije keuze van arts, apotheker en tandarts voor. Deze moest voor alle fondsen, ook die met eigen instellingen, op 1 juli 1942 worden doorgevoerd. De Artsenkamer en de NVVZA hoopten dat hiermee hun invloed op de artsen met een ziekenfondspraktijk zou kunnen worden versterkt, doordat zij als rechtsopvolgers van de NMG contracten konden afsluiten. Dit mislukte doordat de bestaande overeenkomsten van kracht bleven.⁸¹ Deze vrije artsenuitkeuze sloot maar gedeeltelijk aan bij de oude ziekenfondstradities. De ziekenfondsen kregen de contracteerplicht opgelegd, een maatregel die tot de opheffing in 1994 de onderhandelingsvrijheid van de fondsen en hun koepelorganisaties beperkte. Tot 1941 werd in de contracten met de NMG nog altijd de uit 1912 stammende term *te goeder naam en faam* als kwaliteitsnorm opgenomen, waardoor ziekenfondsen zich in theorie van slecht functionerende artsen konden ontdoen. Deze mogelijkheid was met het Ziekenfondsenbesluit uitgesloten.

Het Ziekenfondsenbesluit is vaak veroordeeld als gebrekkig, te haastig opgezet, verfoeid als een Duitse maatregel en indruisend tegen alle Nederlandse tradities. Deze visie is gezien de tijdsomstandigheden en de toenmalige persoonlijke verhoudingen begrijpelijk. Toch moet dit worden genuanceerd. Het Ziekenfondsenbesluit bracht de vurig gewenste regeling van de ziekenfondsverzekering voor het grootste deel van de Nederlandse bevolking en zorgde voor een wettelijk omschreven verstrekkingenpakket.

Het was echter een beperkt verzekeringstechnisch raambesluit met een politieke achtergrond: de ziekenfondsverzekering voor de loontrekkenden. Het bepaalde de kring der verzekerden, welke instellingen zich ziekenfonds mochten noemen, welke voorzieningen werden verzekerd en het stelde vast dat er premie moest worden geheven, maar meer niet. Het financieringsstelsel, methoden voor kostenregulering, de relaties van de fondsen met de zorgaanbieders en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg en de organisatie van de vrijwillige verzekering werden niet geregeld. Deze zouden door de ziekenfondsen, de Commissaris en zijn ambtenaren en de zorgaanbieders zelf moeten worden opgezet en worden vastgelegd in de Uitvoeringsbesluiten.

Het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten; de invoering bij de ziekenfondsen

De Commissaris en de ziekenfondsen hadden van augustus tot september de tijd om zich op de invoering van de verplichte verzekering voor te bereiden. De overheid moest voor het bureau van de

Commissaris, belast met het toezicht op de ziekenfondsen een ambtenarenapparaat met ondersteunende diensten uit de grond stampen. Van den Berg werd op 22 augustus 1941 benoemd tot Commissaris en het lukte hem een functionerende organisatie in te richten, ondanks gebrek aan middelen en ervaring. Hij werd geaccepteerd door de ziekenfondsen en werkte tijdens het korte bestaan van de Raad van Bijstand met de belangrijkste vertegenwoordigers van de ziekenfondswereld samen.

Van den Berg werd echter op 24 maart 1942 al ontslagen. Hij was niet bepaald Duitsgezind en had Croin, Eggink en Diehl tegen zich in het harnas gejaagd door eind 1941 de Maatschappijfondsen tegen hen te beschermen. Uiteindelijk was hun invloed bij de Duitsers groter dan de zijne.⁸² L.P. van der Does, voorzitter van een van de Raden van Arbeid, volgde hem in augustus op. Van der Does was een man met onverwachte kwaliteiten. Hij wist op goede voet te blijven met het Duitse regime, maar onderhield ook een relatie met het Medisch Contact.

De invoering van het Ziekenfondsenbesluit betekende voor de ziekenfondsen het aanvragen van erkenning, de totale reorganisatie van de ledenadministratie met een scheiding in vrijwillig en verplicht verzekerden en de inrichting van een nieuw financieringsstelsel, liefst in drie maanden tijd.

Het regelen van de erkenning was zowel voor het bureau van de Commissaris als voor de ziekenfondsen al een gigantisch probleem. De voorlichting aan de ziekenfondsen was gebrekkig. Zij verkeerden in onzekerheid over de invoer van het besluit en over de toewijzing van de erkenning ofwel hun bestaansrecht na 1 november 1941. Het bureau zelf was onderbemand en de beambten waren onervaren. Ondanks alles lukte het toch om in 1942 204 ziekenfondsen het predikaat voorlopig erkend te geven: 77 Maatschappijfondsen, 61 onderlinge fondsen, 37 ondernemingsfondsen, 16 directiefondsen en 13 fondsen van onbestemde aard.⁸³ 43 aanvragen werden afgewezen. Over een definitieve erkenning zou later wel worden beslist. Dat kwam na de oorlog. Het aantal fondsen was sinds 1936 verminderd van 410 naar 204. De concentratie, begonnen met de vorming van de Maatschappijfondsen en de samenvoeging van onderlinge fondsen in het ANOZ, werd door het Ziekenfondsenbesluit versterkt.

De fondsen moesten bij de aanvraag voor de erkenning gegevens verstrekken over hun bestuur, hun financiële positie, hun statuten en over de rechten en plichten van de verzekerden. Van groot belang was de omschrijving van het werkgebied. In de tijd voor het Ziekenfondsenbesluit was ieder fonds volkomen vrij in de keuze van zijn territorium. Ieder ziekenfonds legde met de aanvraag het werkgebied voor langere tijd vast. Dit werd in april 1942 bevestigd door de Stopcirculaire.

Bij het beoordelen van de aanvraag werd gelet op de kwaliteit van de verstrekte gegevens. Besturen werden op hun verantwoordelijkheden gewezen. De Maatschappijfondsen uit de noordelijke provincies, die hun administratie bij CAVINED hadden ondergebracht, leverden de meeste problemen op. Verzekerden, medewerkers, bodes en leveranciers klaagden steen en been over deze fondsen. In 1943 bleken deze moeilijkheden nog niet opgelost.⁸⁴

Alle fondsen, katholiek, NMG, onderling beheerd of anderszins, kregen de term Algemeen Ziekenfonds voor hun naam. De erkenning had grote gevolgen voor de status van de instellingen. Voor de erkenning was een fonds een particuliere organisatie die zelf in haar inkomsten moest voorzien, de bedrijfsvoering naar eigen inzicht kon inrichten en de relatie met verzekerden en zorgaanbieders volgens de gebruikelijke zeden en gewoontes onderhield. Met de erkenning en de titel Algemeen Ziekenfonds veranderden zij in publiekrechtelijke lichamen, belast met de uitvoering van de verplichte verzekering onder toezicht van de Commissaris en sinds 1949 onder de verantwoordelijkheid van de Ziekenfondsraad.⁸⁵

De reorganisatie van de verzekerdenadministratie betekende voor de kleine fondsen zonder personeel vele extra uurtjes werken voor de secretaris en de andere bestuursleden, met of zonder hulp van vrijwilligers. Bij de grotere fondsen met een professionele administratie werkten de administrateur en zijn personeel maandenlang over. De administraties werden voorbereid op een stroom van nieuwe inschrijvingen. De vrijwillige en verplicht verzekerden moesten in de ledenbestanden worden gescheiden en hun persoonlijke gegevens worden gecontroleerd en met nieuwe werknemers- en werkgeversgegevens worden aangevuld. De boekhoudingen werden ingericht voor de financiële administratie van de vrijwillige verzekering en het nieuwe stelsel van de financiering van de verplichte verzekering.

De professionalisering van de administratie ging door het Ziekenfondsenbesluit een gedwongen stap vooruit. Het Staatstoezicht schreef nieuwe formulieren voor voor de aanlevering van gegevens voor de controle en de statistiek.⁸⁶ De kleinere fondsen konden niet meer toe met een enkelvoudig ledenregistertje en een schriftje als kasboek en de grotere fondsen moesten beginnen met

mechanisering. Tot dan was de hoogste vorm van automatisering vaak een afslagmachine voor adresplaatjes.

De ziekenfondsen kregen te kampen met personeelsgebrek. De bodes bleven in het nieuwe stelsel bestaan en versleten schoenzolen en potloden met het inschrijven van verzekerden. Zij beconcurrerden elkaar vaak, waarbij het Staatstoezicht ingreep. Veel fondsen zagen zich genoodzaakt tot vrouwelijk personeel.⁸⁷ Door bemiddeling van het Staatstoezicht kregen mannelijke krachten soms vrijstelling van de Arbeitseinsatz.

De centrale figuren bij de reorganisaties waren altijd de administrateur en de secretaris. De rol van de administrateur als professionele ziekenfondsmedewerker was steeds groter geworden, zowel voor de fondsbesturen als voor de administraties. In 1926 was hun belang voor de Maatschappijfondsen al erkend en bij de onderling beheerde fondsen was hij ook een centraal figuur geworden. De snelheid, waarmee de veranderingen konden worden doorgevoerd hing af van zijn bekwaamheden en de kwaliteit van de administratie van voor het Ziekenfondsenbesluit. De centrale rol van de administrateurs bleek bij de vaststelling van het financieringsstelsel van de verplichte verzekering.

Het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten; de invoering van het incassosysteem

De premie van de vrijwillige verzekering bleef nominaal en werd door de fondsen zelf vastgesteld en geïnd. De verplichte verzekeringspremie werd geheven naar draagkracht in percentages op het loon, maximaal 6%. Werknemers en werkgevers betaalden ieder de helft. Tot 1947 bleef de heffing 4%.⁸⁸

De Duitsers, de ziekenfondsen en het Staatstoezicht verschilden van mening over de wijze van premie-inning. De Commissaris wilde het bodeapparaat van de fondsen intact houden, niet alleen voor de incasso van de vrijwillige verzekering, maar ook voor het contact met de verzekerden. De bodes of agenten zouden voorlichting kunnen geven, mutaties opnemen en formulieren invullen. Hun taak als controleur zou naar verwachting steeds groter worden, niet alleen voor de controle van verzekerden- en werkgevergegevens, maar ook voor de juistheid van de berekening van de abonnementshonoraria.⁸⁹

Voor een juiste berekening moest van iedere medewerker per week het aantal op zijn naam ingeschreven verzekerden bekend zijn. De fondsen lieten liever hun bodes bij de verzekerden incasseren, maar de Duitsers en de Raad van Bijstand wilden de premies door de werkgever laten afdragen: de premieheffing bij de bron. De premies zouden dan moeten worden gestort in een Vereveningsfonds, beheerd door de Raden van Arbeid, waar de fondsen uitkeringen uit zouden krijgen naar verhouding van het aantal verzekerden.

Het belangrijkste probleem was de tijdsdruk. Tussen 1 augustus en 1 november moest een inningssysteem worden bedacht en uitgewerkt en moesten alle werkgevers van afdrachtmogelijkheden worden voorzien. De administrateur van een Haarlems ziekenfonds, A.H. Beenhakker, kwam op het idee van een couponstelsel en hij legde dit voor aan zijn collega W.M. de Vos van het Maatschappijziekenfonds Alphen en Omstreken.⁹⁰ Deze beschouwde dit als het ei van Columbus: voor de werkgevers weinig rompslomp, de bodes zouden blijven bestaan voor het contact met de verzekerden en de methode was simpel voor de administrateurs. Beenhakker en de Vos legden dit voor aan het Staatstoezicht en de Raad van Bijstand, die het couponstelsel verder uitwerkten. Het lukte om het systeem op tijd klaar te krijgen.

Het stelsel was gebaseerd op couponboekjes, die de werkgevers bij de Raden van Arbeid en op de postkantoren konden kopen. Zij gaven hun werknemers bij de loonbetaling een coupon. Deze diende als bewijs, dat zijn of haar deel van de ziekenfondspremie was afgehouden en gaf recht op de verplichte verzekering. De werkgever noteerde de gegevens van de coupon op het schutblad van het couponboekje. De controle op de afgifte van de bonnen gebeurde door de Raden van Arbeid aan de hand van de schutbladen van de boekjes, die de werkgevers weer inleverden. De werknemer gaf de coupon door aan de bode van het ziekenfonds.

De fondsen die beschikten over een goed agenten- of bodecorps en een goede administrateur lukte het op tijd een couponadministratie met controlefaciliteiten op te zetten. In de periode van 1 november 1941 tot 31 december 1942 werden 1.908.485 boekjes verkocht met een waarde van f 46.639.992. De ziekenfondsen kregen over deze periode f 52.596.358,19 uit het Vereveningsfonds uitgekeerd. Er was in 1942 nog geen manier gevonden om dit tekort op te lossen.⁹¹

Het couponstelsel was inderdaad het ei van Columbus voor de Duitsers en het Staatstoezicht, maar niet voor de fondsen en de werkgevers. De premie werd via de werkgevers geïnd en Raden van Arbeid kregen een centrale taak bij de administratie en het beheer van het Vereveningsfonds. De ziekenfondsen waren minder te spreken. De bodes van de ziekenfondsen behielden wel hun werk en de fondsen hadden overzicht over de premie-inning, maar hun administratie bleek overdreven ingewikkeld te worden. De werkgevers waren ook niet blij. Het couponstelsel betekende voor hen een

geweldige administratieve rompslomp en zij moesten door de aanschaf van de couponboekjes grote bedragen aan ziekenfondspremie voorschieten. Zij zouden het systeem tot de opheffing in 1959 blijven verfoeien.

De fondsen hadden met de invoering van het couponstelsel en de reorganisatie van het hun administraties het grootste werk voor het Ziekenfondsenbesluit achter de rug. De rust in het landelijk ziekenfondsbestel was daarmee nog niet hersteld.

De bezettingstijd, 1942-1945

De grootste problemen van de ziekenfondsen waren na de invoering van het Ziekenfondsenbesluit de concentratieplannen van Commissaris Van der Does, de pogingen van Eggink, Croin en Diehl om de Maatschappijfondsen te annexeren en de moeilijkheden van de fondsen met eigen instellingen als apotheken, tandartspraktijken en artsen in loondienst.

De verplichte invoering van de vrije medewerkerskeuze betekende voor deze fondsen dat zij deze eigen instellingen eigenlijk niet konden handhaven.⁹² Zij konden kiezen uit opheffen, privatiseren of met hand en tand verdedigen. De Maatschappijfondsen hadden soms eigen tandheelkundige poliklinieken en kozen voor privatisering door deze onder te brengen in zelfstandige verenigingen of stichtingen. Fondsen als De Volharding en het Utrechtse Ziekenzorg hadden het heel wat moeilijker. De Volharding wist de eigen instellingen te redden door de strijd tot na de bevrijding te rekken.⁹³

Ziekenzorg had de pech de aandacht te trekken van Van der Does. Deze had een ziekenfondsorganisatie voor ogen, bestaande uit regionale fondsen met een fonds per werkgebied onder een eenhoofdige directie. Deze fondsen zouden uiteindelijk moeten worden geïntegreerd met de Raden van Arbeid.⁹⁴ De Commissaris zette Ziekenzorg van maart tot juni 1943 onder druk door haar te dwingen de loondienstartsen te ontslaan, de apotheek op te heffen en de tandheelkundige polikliniek met die van de andere Utrechtse fondsen samen te voegen. Hij hoopte dat VHZ, het Maatschappijfonds de Omstreken van Utrecht en Ziekenzorg door deze samenwerking zouden fuseren.⁹⁵

Croin en Eggink kregen lucht van deze plannen. Zij probeerden voortdurend de artsen tot aansluiting bij de Artsenkamer en de NVVZA te dwingen en deze instellingen te versterken. Iedere arts met een ziekenfondsovereenkomst was op grond van de Artsenverordening automatisch lid van de NVVZA, maar de meeste artsen wezen dit af.⁹⁶ Croin en Eggink probeerden daarom hun positie te versterken door beslag te leggen op de Maatschappijfondsen, de groep fondsen met het grootste aantal verzekerden en aangesloten artsen.⁹⁷ Zij wilden de dissidente artsen door middel van de Maatschappijfondsen dwingen tot het sluiten van nieuwe overeenkomsten. De NVVZA stelde dat zij na de opheffing van de NMG eigenares van de fondsen was geworden, maar dit eigendomsrecht werd door vrijwel alle fondsbesturen ontkend.⁹⁸

Het gevolg was een conflict tussen de Artsenkamer, de NVVZA en het Staatstoezicht. Van der Does had voor zijn aanstelling van Duitse zijde de garantie gekregen, dat de Maatschappijfondsen verzelfstandigd zouden worden en niet werden overgedragen aan de NVVZA, tot ongenoegen van Croin.⁹⁹ Van der Does had op zijn beurt met het MC afgesproken dat hij zou proberen de fondsen te behoeden voor nationaal-socialistische invloeden en haalde zich de dubbele woede van Croin en Eggink op de hals door de bestaande ziekenfondscontracten door te laten lopen. Hun belangrijkste streven, nieuwe contracten onder leiding van de NVVZA, werd daardoor geblokkeerd. Het lukte hem inderdaad ervoor te zorgen dat de Maatschappijfondsen met rust gelaten werden.¹⁰⁰

Croin wilde Van der Does een hak zetten en probeerde dit door diens plannen met Ziekenzorg, VHZ en de Omstreken van Utrecht voor zijn eigen zaak te gebruiken: een districtsfonds, bestaande uit alle Maatschappijfondsen in Midden-Nederland van Haarlem, Hilversum, Amersfoort, Wageningen tot Utrecht en Woerden.¹⁰¹ De samenwerking van de fondsen in deze regio en de Utrechtse artsen verhinderden evenwel de initiatieven van Eggink, Croin en Van der Does. Deze samenwerking was noodgedwongen. Zij kwam voort uit een gemeenschappelijke weerzin tegen de Duitsgezinden en uit pogingen de zelfstandigheid te behouden. De onderlinge verhoudingen werden nooit hartelijk en de oude onderlinge geschillen bleven bestaan, maar de belangrijkste pogingen van Eggink en Croin om hun NVVZA te versterken waren verijdeld. De relatie artsen-ziekenfondsen had zich sinds de meidagen van 1940 weer tot een harmonieuze ontwikkeld.

De ziekenfondsen hadden van 1943 tot aan de bevrijding hun handen vol aan het draaiende houden van hun organisatie. Zij kregen net als het bedrijfsleven en de overheid te maken met razzia's, arrestaties, materiaal- en personeelsgebrek, maar hun bestaan werd niet meer bedreigd. Staatstoezicht en fondsen begonnen met horten en stoten aan elkaar te wennen. Zij kibbelden wel over bureaucratie, gebrek aan communicatie en wantrouwen, maar zij waren door het Ziekenfondsenbesluit tot elkaar

veroordeeld en werkten zo goed en zo kwaad als het ging samen. Van der Does probeerde de fondsen zo goed mogelijk te beschermen en kwam op niet meer op zijn concentratiedrang terug. De fondsen konden door de uitvoering van de ziekenfondsverzekering, vrijwillig en verplicht, hun bijdrage leveren aan de gezondheidszorg in de bezettingstijd.

De bezetting, het Ziekenfondsenbesluit en de relatie artsen-fondsen; een evaluatie

De relatie artsen-ziekenfondsen veranderde tijdens de bezetting op het landelijk niveau ingrijpend. De polarisatie, die tot mei 1940 de verhoudingen tussen de NMG en de onderling beheerde ziekenfondsen had beheerst, werd door de dreiging van een Duits ingrijpen doorbroken. De relatie tussen de in de NMG en het MC georganiseerde artsen en de fondsen, onderling beheerde en Maatschappijfondsen, kreeg onder invloed van samenwerking zoals in de Raad van Bijstand, bij de oprichting van de Stichting V.M.Z. en in het verzet tegen de concentratieplannen van Van der Does, Croin en Eggink langzaam een harmonieuzer karakter.

De definitieve overheidsregulering van het landelijk ziekenfondsbestel betekende een revolutie. Deze regeling, die in democratische tijden tot 1940 door het onverbreekelijke machtsevenwicht tussen de partijen onmogelijk leek, kon door de bijzondere tijdsomstandigheden als het Ziekenfondsenbesluit worden opgelegd. De fondsen en het Medisch Contact moesten het Besluit accepteren.

De ziekenfondsen ondergingen onder invloed van het Ziekenfondsenbesluit een totale omwenteling. Zij veranderden na hun erkenning in het kader van de verplichte verzekering van private instellingen in publiekrechtelijke organisaties als uitvoeringsorganen en behoorden sindsdien tot de organisaties van het maatschappelijk middenveld, het grijze gebied tussen overheid en particuliere markt. De fondsen moesten voor hun bestuurlijke inrichting, administratie en financieel beheer voldoen aan de richtlijnen en controles van de overheid en werden voor de verplichte verzekering financieel afhankelijk van de uitkeringen uit het Vereveningsfonds. De fondsadministraties werden groter en ingewikkelder, de personele bezetting en de professionalisatie groeiden.

Het stelsel met nominale weekpremies van voor 1 november 1941 bleef in beperkte mate bestaan in de vorm van de vrijwillige verzekering. De fondsen waren daarbij nog wel zelf verantwoordelijk voor de vaststelling en inning van de premie, hun financieel beheer en het verstrekkingenaanbod.

Doordat erkenningen geweigerd werden verminderde het aantal fondsen, een proces dat al eerder was ingezet. Het Staatstoezicht greep niet in in de samenstelling van de fondsbesturen en liet de ideologische achtergrond van de fondsen intact. De katholieke, onderling beheerde en Maatschappijfondsen behielden hun identiteit en profileerden zich na de bevrijding weer als verzuilde of niet-verzuilde ziekenfondsen, verenigd in hun koepelorganisaties. Het ziekenfondstapijt was na mei 1945 net zo kleurrijk als voor de oorlog.

Het verstrekkingenpakket werd niet meer in onderhandelingen met de koepelorganisaties van de zorgaanbieders vastgesteld, maar door de overheid voorgeschreven. De fondsen kregen contracteerplicht opgelegd. Het oude systeem van de plaatselijke contracten bleef tot nader order bestaan. De fondsen moesten overeenkomsten afsluiten met oude en nieuwe groepen zorgaanbieders. Hun vrijheid daarbij was door de verplichte goedkeuring door het Staatstoezicht beperkt.

Was het Ziekenfondsenbesluit een Duitse anomalie of een zegen? Het was in ieder geval geen Duits wangedrocht. Het was niet het door de artsen verfoeide Ortskrankenkassensysteem met lage honoreringen. Het was dan wel een ontwerp uit een Duitse koker, maar het sloot aan bij de Nederlandse verhoudingen en het liet als raambesluit voldoende mogelijkheden om door middel van Uitvoeringsbesluiten een werkbaar ziekenfondsstelsel in te richten. De Uitvoeringsbesluiten kwamen tot stand in overleg met de fondsen en de zorgaanbieders. Het Nederlandse ziekenfondscontractensysteem werd onder overheidstoezicht zelfs uitgebreid en versterkt. De kwaliteit van de ziekenfondsen verbeterde door het erkenneningsbeleid en de controle van het Staatstoezicht.

Het Ziekenfondsenbesluit was een verzekeringsbesluit, geen wetgeving voor de gezondheidszorg. Bestaande rechtsposities en honoraria bleven door handhaving van het contractstelsel in tact. De contracteerplicht garandeerde iedere zorgaanbieder aansluiting bij de ziekenfondsen. Nieuwe zorgaanbieders, met name de paramedische beroepen, werden eindelijk erkend en opgenomen in het contractstelsel. Dit betekende voor de meeste van hen eindelijk de gegarandeerde behandeling van de ziekenfondsverzekerden, vergroting van inkomsten, grotere mogelijkheden tot professionalisering en versterking van hun koepelorganisaties.

Voor de artsen was het effect van het Besluit wisselend. Huisartsen, aan de ziekenfondsen verbonden door een collectieve overeenkomst, behielden hun rechtspositie. Sommige van hun collegae, in loondienst bij onderling beheerde fondsen als Ziekenzorg, werden gedwongen hun verbintenis op te zeggen en eigen praktijken te beginnen. De specialisten kregen eindelijk landelijk erkenning voor hun

poliklinische en klinische zorg, maar of zij er in hun honoraria op vooruitgingen hing af van de plaatselijke tariefstelsels.

De verzekerden hadden alleen maar baat bij de verplichte verzekering. Zij kregen een uitgebreider gegarandeerd verzekeringspakket tegen een uniforme procentuele premie. Hun gezondheidszorg was wettelijk gegarandeerd en niet meer afhankelijk van een samenspel en eeuwig geruzie tussen ziekenfondsen, artsen en hun koepelorganisaties. De tijd was voorbij dat de ontwikkeling van de gezondheidszorg werd beperkt door machtsstrijd op de vrije markt.

De invoering van het Ziekenfondsenbesluit moest overhaast gebeuren. Het ging daardoor gebrekkig en er werden fouten gemaakt, maar het gebeurde door overleg van de Nederlandse ambtenaren, ziekenfondsen, de artsen en andere betrokkenen zo goed mogelijk. De Duitse bezetter doorbrak met het besluit de verlamming, die het de Nederlandse regeringen onmogelijk had gemaakt zelf de ziekenfondswetgeving te regelen. Dat was in ieder geval positief.

3.3 De verzekering van de gezondheidszorg en de relatie artsen-ziekenfondsen na 1945

De verzekering van de gezondheidszorg bleef na 1945 in verandering. De artsen en de fondsen hadden geen eindverantwoordelijkheid meer voor de ziekenfondsverzekering, de overheid drukte een steeds groter stempel op de relatie artsen-ziekenfondsen. De ziekenfondsverzekering, verdeeld in de verplichte, de vrijwillige en de bejaardenverzekering, werd voortdurend uitgebreid aan de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en aangepast aan de sociale en economische eisen die aan de verzekering werden gesteld. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg maakten ook de regeling van de verzekering van bijzondere ziektekosten door de overheid noodzakelijk. De financiering van de vrijwillige verzekering leverde door het overwicht van zware geneeskundige risico's steeds grotere problemen op, die door een combinatie van de ziekenfonds- en de particuliere ziektekostenverzekering werden opgelost.

Ziekenfondsenbesluit, Ziekenfondswet en de relatie ziekenfondsen-zorgaanbieders

Het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten vormden na mei 1945 het kader voor de ontwikkeling van de relatie ziekenfondsen-zorgaanbieders. Het Ziekenfondsenbesluit werd met alle uitvoerende maatregelen in 1966 door minister Veldkamp zonder ingrijpende wijzigingen in de Ziekenfondswet omgezet met de bedoeling om het Besluit te vervangen door een normale wettelijke regeling.¹⁰² Tegelijk werd het ziekenfondsrecht gecodificeerd en verbeterd.

De Ziekenfondswet bracht geen grote veranderingen in de verhouding tussen de ziekenfondsen en de zorgaanbieders. Deze relatie is gegroeid tot een driehoeksverhouding overheid-ziekenfondsen-zorgaanbieders en bestaat uit drie elementen:

- de verzekering van de gezondheidszorg. Dit betreft de ontwikkeling van de ziekenfondsverzekering en de relatie met de particuliere ziektekostenverzekering, de werkzaamheid van de AWBZ, het financieringsstelsel met het premiebeleid, de geldstromen voor de uitkeringen, het uitvoeren van de verzekering en het toezicht op de uitvoering door de overheid;

- de vrijheid, die de ziekenfondsen en de zorgaanbieders door de overheid gegund wordt bij de beleidsvorming in de gezondheidszorg. Dit geldt de vrijheid van de fondsen om hun organisatie en hun bestuur naar eigen inzicht in te richten, te kiezen voor samenwerking onderling en in koepelorganisaties, de vrijheid om zich actief als verzekeringsorganisatie of zelf als zorgaanbiedende instelling op te stellen voorzover de richtlijnen van de overheid dit toelaten en de manier, waarop de ziekenfondsen en de zorgaanbieders invloed kunnen uitoefenen op de beheersing van de kosten van de zorg en reageren op de invoering van marktelementen in hun relatie;

- de relatie ziekenfondsen-zorgaanbieders op macro- en microniveau of individueel niveau. Deze wordt op macroniveau onderhouden door de koepelorganisaties van de ziekenfondsen en de zorgaanbieders voor het onderhandelen over tarieven en de modelovereenkomsten, het regelen van onderlinge geschillen en het bespreken van wederzijdse belangen in de gezondheidszorg.

Het microniveau wordt gevormd door de relatie tussen de ziekenfondsen en de zorgaanbieders in de werkgebieden van de ziekenfondsen, waarin de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg in de regio wordt besproken en uitgewerkt. Voorbeelden zijn de betaling van de honoraria, de erkenning van praktijken en de controle op de praktijkvoering, het opzetten en steunen van nieuwe initiatieven zoals wijkgezondheidscentra en het opzetten van instellingen door de ziekenfondsen zelf en het onderhandelen over aanvullende en nieuwe verzekeringen.

Deze relatie is individueel tussen de zorgaanbieder en het ziekenfonds, of collectief tussen het ziekenfonds en de zorgaanbieders in de regio als groep. De individuele relatie tussen iedere zorgverlener en het ziekenfonds is vastgelegd in de modelovereenkomst, de aangepaste versie van de oude lokale collectieve overeenkomst van voor het Ziekenfondsenbesluit.

De zelfstandigheid van de ziekenfondsen werd na de invoering van het Ziekenfondsenbesluit beperkt door hun nieuwe status van algemeen uitvoeringsorgaan. De mate van zelfstandigheid die zij behielden en behouden om zelf op macro- en microniveau deze relatie te onderhouden is afhankelijk van de vrijheid, die de overheid de fondsen als organisaties van het maatschappelijk middenveld toestaat. Zij hing en hangt ook af van de kracht, waarmee het management van de ziekenfondsen zelf en hun koepelorganisatie in de driehoek overheid-ziekenfondsen-zorgaanbieders de belangen van de fondsen en de verzekerden behartigen.

De koepelorganisaties van de zorgaanbieders komen op voor de belangen van hun leden. Hun belangrijkste zorgen zijn daarbij, net als in de tijd voor het Ziekenfondsenbesluit, de hoogte van de honoraria, vastgelegd in de tarieven en de regeling van de rechtspositie. De discussie over de vrije artsen- of apothekerskeuze was door de invoering van het Ziekenfondsenbesluit en de

contracteerplicht in 1941 voorlopig beëindigd. De contracteerplicht betekende voor de erkende zorgaanbieders de garantie van de ziekenfondspraktijk en voor de ziekenfondsen dat zij erkende zorgaanbieders als medewerkers moesten contracteren. De contracteerplicht bepaalde niet dat de overheid in de vorm van het Staatstoezicht en de Ziekenfondsraad de arbeidsvoorwaarden voor de medewerkers ook voorschreef. Zij moest de overeenkomsten wel goedkeuren, maar de onderhandelingen werden net als voor 1941 tussen de ziekenfondsen en de zorgaanbieders gevoerd, soms in harmonie en soms met strijd.

De ziekenfondsverzekering; de ontwikkeling van het toezicht na 1945

Het Ziekenfondsenbesluit werd na de bevrijding door het Militair Gezag gehandhaafd. Van der Does en Verweij kregen de wacht aangezegd en Van den Berg nam de taken van Van der Does over, eerst in het bevrijde Zuiden en na 5 mei 1945 in het hele land. Het Ziekenfondsenbesluit bleef bestaan, ook al werd het verfoeid als een Duitse vlek op de Nederlandse sociale wetgeving.¹⁰³ Het Besluit terugdraaien werd als een sociale misdaad beschouwd. De verplichte ziekenfondsverzekering was, net als de kinderbijslag, wel een Duitse maatregel, maar beiden hadden de economische weerbaarheid van de lagere inkomens vergroot. Het kabinet-Schermerhorn-Drees besliste dat het Besluit niet zou worden ingetrokken, voordat een ziekenfondswet tot stand gekomen zou zijn.

Het Besluit zou wel gezuiverd worden van Duitse elementen. De functie van Commissaris werd uitgelegd als het *Führerprinzip*, waardoor het Nederlandse ziekenfondswezen zou worden bestuurd door het *niet-Nederlandse leidersbeginsel*.¹⁰⁴ Het Staatstoezicht werd daarom op 1 januari 1949 vervangen door de Ziekenfondsraad. De Ziekenfondsraad bestond uit een voorzitter en 35 leden:¹⁰⁵

- zeven ambtenaren, deskundig op de gebieden van de volksgezondheid, de sociale en de particuliere verzekeringen;
- negen vertegenwoordigers van de ziekenfondsen;
- zeven vertegenwoordigers uit het bedrijfsleven: drie vakbondsleden, drie werkgeversvertegenwoordigers en een afgevaardigde namens de Stichting van de Arbeid;
- twaalf vertegenwoordigers uit de kringen van de ziekenfondsmedewerkers en hun organisaties: vijf artsen, twee apothekers, twee tandartsen, twee vroedvrouwen en een ziekenhuisdeskundige.

De samenstelling van de Ziekenfondsraad is in de loop van de jaren aangepast en uitgebreid, zowel in de Ziekenfondswet als bij ministeriële beschikking.¹⁰⁶ De Ziekenfondsraad was door deze gemengde samenstelling een corporatief lichaam, net als de in 1950 geformeerde Sociaal-Economische Raad. De raad was niet ingedeeld naar de diverse zuilen. Alle partijen, betrokken bij de ziekenfondsverzekering, waren in de raad vertegenwoordigd. De ziekenfondsen waren in 1949 aanwezig door vertegenwoordigingen van hun koepelorganisaties met coryfeeën als de Amersfoorter J. van de Bunt als prominent van de Federatie V.M.Z.¹⁰⁷, de Tilburgse voorman van het katholieke fondswezen J.P.M. Hendriks en de CBZ-voorman Van Lienden. De vakbonden werden vertegenwoordigd door de RKWV'er J. Veldman, tevens secretaris van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen, en J. Landman.

De adviezen van de Ziekenfondsraad werden door deze samenstelling als afspiegeling van de meningen uit het maatschappelijk veld beschouwd. De Ziekenfondsraad fungeerde en fungeert als schakel tussen de ziekenfondsen als uitvoerende organisaties van het maatschappelijk middenveld en de regering en het parlement, die als overheid verantwoordelijk zijn voor besluitvorming en wetgeving.

De ziekenfondsen werden door hun vertegenwoordiging in de Raad en door middel van hun koepelorganisaties betrokken bij de ontwikkeling en de invoering van wetten, zoals bij de Wet tot uitbreiding van de toepassing van het Ziekenfondsenbesluit in 1950.¹⁰⁸ Het Ziekenfondsenbesluit was een eenzijdig door de Duitsers opgelegde oekaze. Alle latere ziekenfondswetgeving kwam tot stand na advisering door de Ziekenfondsraad, waar de belangrijkste partijen in vertegenwoordigd waren. Ziekenfondsen, ziekenfondsorganisaties, artsen- en apothekersorganisaties en vakbonden lobbyden voor de behartiging van hun eigen belangen dan ook nog buiten de Ziekenfondsraad om.

De Ziekenfondsraad moest de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid adviseren over alle ziekenfondsangelegenheden en nam van het Staatstoezicht de controle over de ziekenfondsen over. Hij nam het beheer over het Vereveningsfonds over van de Raden van Arbeid en werd verantwoordelijk voor het geldelijk en administratief beheer van de ziekenfondsen en voor de rechten en plichten van de verzekerden.¹⁰⁹ Het Vereveningsfonds werd later omgezet in de Algemene Kas. De vaststelling van de ziekenfondspremie en het erkennen van ziekenfondsen bleef voorbehouden aan de minister. De ziekenfondsen waren door hun vertegenwoordiging in de raad medeverantwoordelijk voor de controle van hun eigen administraties, maar dit vormde in de praktijk geen aanleiding tot

misbruik. De accountants van de Ziekenfondsraad met hun controles waren gevreesd en de fondsadministraties zetten over het algemeen hun beste beentje voor als zo'n man de deur binnen liep. De Ziekenfondsraad werd bekrachtigd door een wet. Met de wet op de Ziekenfondsraad werd de discussie uit de dertiger jaren over de instelling van een toezichthoudend orgaan voor het ziekenfondswezen afgesloten. Overheid, vakbondsorganisaties en ziekenfondskoepels waren het er voor 1941 over eens dat een ziekenfondsraad hard nodig was om enige orde te brengen in de strijd tussen artsen en fondsen en in het fondswezen zelf. Zij hoopten dat daardoor de invoering van een ziekenfondswet gemakkelijker zou zijn. Met de Raad uit 1949 was het omgekeerd. Het Ziekenfondsenbesluit had een Ziekenfondsraad nodig gemaakt die niet zou bemiddelen, maar juist dwingende bevoegdheden had. Het Staatstoezicht probeerde grotendeels improviserend het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten uit te werken en een landelijk ziekenfondsbestel te organiseren. De Ziekenfondsraad kreeg duidelijk omschreven plichten en bevoegdheden, die veel verder strekten dan de partijen voor 1940 voor ogen stonden.

De invoering van de Ziekenfondsraad was de laatste stap bij de invoering van het private uitvoeringsmodel in de verzekering van de gezondheidszorg.¹¹⁰ De overheid bepaalt hierbij het beleid, de ziekenfondsen en de Ziekenfondsraad voeren dit uit. Dit was in tegenstelling tot de opvattingen in de dertiger jaren, waarbij werd uitgegaan van een overheid die meer op de achtergrond bleef voor sturing en controle. De fondsen en zorgaanbieders eisten toen een veel grotere zelfstandigheid bij de inrichting van de ziekenfondsverzekering dan zij uiteindelijk in 1941 kregen toebedeeld. De Ziekenfondsraad kreeg beperkte taken op het gebied van de gezondheidszorg, zoals het adviseren over het verstrekkingenpakket, het goedkeuren van de ziekenfondsovereenkomsten en het beheer over de Algemene Kas. Verzekering en zorg bleven voorlopig nog gescheiden werkgebieden, hoewel al in 1922 in het rapport van de Unificatiecommissie voor integratie was gepleit.

De scheiding tussen beleidsbepaling en uitvoering is niet absoluut. De mate waarin zij wordt doorgevoerd is afhankelijk van de invloed die de ziekenfondsen en zorgaanbieders op de politiek en de ambtelijke wereld kunnen uitoefenen, de maatschappelijke inzichten en de discussies in het parlement. De Raad veranderde daarom in de loop der tijd sterk, niet alleen in zijn samenstelling¹¹¹, maar ook door de scheiding van taken op de gebieden van uitvoering en controle.¹¹²

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

De toegang tot het ziekenfonds of de kring der verzekerden werd volgens het Ziekenfondsenbesluit bepaald door de jaarlijkse vaststelling van de loongrens en door de uitbreiding van de verplichte verzekering tot mensen die niet volgens de Ziektewet waren verzekerd. Op 1 januari 1951 werd het door een wetswijziging mogelijk om personen op te nemen, die op grond van sociale wetgeving een uitkering kregen. Werklozen met een overheidsuitkering waren al sinds 1944 verplicht verzekerd. Met de invoering van de Werkloosheidswet in 1952 gold dit voor alle werklozen met een uitkering.

Voor 65+-ers met een inkomen beneden een door de wet vastgestelde norm werd in 1957 de bejaardenverzekering ingevoerd. Deze verzekering garandeerde een verstrekkingenpakket, gelijk aan dat van de verplichte verzekering. Deze bejaardenverzekering werd in de Ziekenfondswet van 1966 gehandhaafd. De verzekerden betaalden een nominale premie, waarvan de hoogte afhankelijk was van het inkomen. In 1984 waren er vijf tariefklassen voor gehuwden en vier voor ongehuwden.¹¹³ Dit tariefstelsel werd nog ingewikkelder door een reductieregeling om de premies voor bejaarden met kleine pensioentjes betaalbaar te houden. De aanmeldingen, afmeldingen en controles voor de bejaardenverzekering waren zowel voor de bejaarden, hun kinderen als voor de ziekenfondsmedewerkers vaak nodeloos ingewikkeld en onplezierig.

De bejaardenverzekering werd gefinancierd door de premieopbrengst, aangevuld met overheidssubsidies en bijdragen uit het vereveningsfonds. De kosten van de bejaardenverzekering werden een steeds groter probleem, waarvoor de ziekenfondsen en de overheid gezamenlijk een oplossing zochten. De inkomenstoelatingsgrens voor de bejaardenverzekering werd ondanks alle aanpassingen te laag gevonden en velen moesten een beroep doen op de vrijwillige verzekering.

De vrijwillige verzekering was bedoeld voor degenen die buiten de verplichte verzekering vielen, maar geen particuliere ziektekostenpolis konden betalen. De groep verzekerden die gebruikmaakte van de vrijwillige verzekering bestond behalve uit bejaarden, voornamelijk uit kleine zelfstandigen, arbeidsongeschikten en *sociaal zwakkeren*.¹¹⁴

De vrijwillige verzekering; een loodzware erfenis uit het verleden

De ziekenfondsen hadden onder toezicht van de Ziekenfondsraad een beperkte vrijheid bij de uitvoering van de vrijwillige verzekering voor de verstrekkingen, het voeren van de administratie en het beheer van de financiën en waren zelf verantwoordelijk voor een sluitende exploitatie.

In 1947 werden de verstrekkingenpakketten van de vrijwillige en de verplichte verzekering op aandringen van de ziekenfondskoepels uniform gemaakt om de gebreken van de vrijwillige verzekering zo veel mogelijk op te heffen.¹¹⁵ De inkomensgrens voor de vrijwillige verzekering werd in 1946 door alle fondsen op f 3.000 gelijkgetrokken.¹¹⁶

De vrijwillige verzekering was voor de ziekenfondsen een onding. Het draagvlak van de oorspronkelijke vrijwillige ziekenfondsverzekering was in 1941 door de invoering van de verplichte verzekering te klein geworden, terwijl de tarieven van de medische zorg bleven stijgen. Eigenlijk maakten alleen de slechte risico's van deze verzekering gebruik, terwijl de ziekenfondsen verplicht waren alle aanmeldingen te accepteren. Zij waren daarom gedwongen of de verstrekkingen te beperken of de premies zo hoog te stellen, dat zij voor de doelgroepen onaanvaardbaar werden. De verplichte verzekering met haar procentuele premie was een solidariteitsverzekering. De vrijwillige verzekering met haar nominale premie was dit niet. Voor de doelgroep van de vrijwillige verzekering was sociale solidariteit juist bitter hard nodig, want de weekpremie was voor hen een rib uit het lijf.

De premies werden in de periode van 1947 tot 1952 landelijk gelijkgesteld. De overheid droeg met f 35.000.000 uit het Vereveningsfonds van de verplichte verzekering aan de tekorten van de ziekenfondsen bij. Door deze bijdrage werd bij de vrijwillige verzekering tijdelijk het solidariteitselement van de verplichte verzekering ingebracht. In 1950 werden de fondsen zelf weer verantwoordelijk voor hun premiehoogte, terwijl zij het verstrekkingenniveau niet mochten verlagen. In 1952 werd de subsidie gestopt en liepen de premies weer plaatselijk uiteen. In 1959 varieerden zij voor een gezin van f 3,20 tot f 5,40 per week.¹¹⁷ De premies verschilden per regio, afhankelijk van de kosten van de gezondheidszorg en eventuele subsidies van de gemeentelijke overheden.¹¹⁸

Het probleem van de vrijwillige verzekering kon niet worden opgelost zonder grote subsidies, onaanvaardbare hoge premies of heffing van premie naar draagkracht. In feite waren het twee problemen: de financiering van de verzekering en de toegankelijkheid door de premiehoogte. De verzekering bleef voor de ziekenfondsen een molensteen om hun nek, terwijl de overheid angstig was voor subsidiëring van een bodemloze put. De fondsen in Amersfoort, Zeist en Utrecht probeerden soms gezamenlijk en soms in landelijke verband hun problemen met de vrijwillige verzekering door verevening op te lossen.

De invoering van een volksverzekering ter vervanging van het Ziekenfondsenbesluit kon voor het probleem van de vrijwillige verzekering een oplossing zijn, maar de uitvoering van dit idee werd in de vijftiger jaren tegengehouden door de medische beroepsorganisaties en de werkgevers.¹¹⁹ De Ziekenfondswet van 1966 hield de driedeling verplicht-vrijwillig-particulier in stand. Veldkamp deed voorstellen voor de invoering van premie naar draagkracht bij de vrijwillige verzekering en een verplichte ziekenfondsverzekering voor alle burger met een inkomen beneden een inkomensgrens, maar deze werden door maatschappelijke tegenstand afgewezen.¹²⁰ Ziekenfondskringen waren bang voor verminderde invloed bij de uitvoering van de verplichte verzekering en wilden hun rol in de vrijwillige verzekering niet opgeven. De fondsen bleven gehecht aan de laatste resten van hun zelfstandigheid en de beperkte vrijheid, die zij met de vrijwillige verzekering nog genoten. De artsen kozen in deze strijd het kamp van de ziekenfondsen, want zij waren bang voor aantasting van hun particuliere praktijken.

De kosten van de gezondheidszorg bleven stijgen door de inflatie, de toenemende vraag naar zorg en verhoging van de medische tarieven. De ziekenfondsen werd soms zelfs verweten dat zij schuldig waren aan de onbeheersbare stijging van kosten van de gezondheidszorg in de zestiger en zeventiger jaren. Deze liepen op van 5 miljard in 1968 tot 10 miljard in 1974.¹²¹ De fondsen zouden onvoldoende letten op de doelmatigheid van de zorgverlening, omdat zij de kosten van de zorgverlening volledig konden declareren. Dit verwijt was onterecht. De fondsen beschikten nauwelijks over mogelijkheden om de kosten van deze verzekeringen in de hand te houden, want zij waren door de contracteerplicht en de tariefovereenkomsten gedwongen tot uitbetaling van alle declaraties.

Het bleef tobben met die vrijwillige ziekenfondsverzekering, zeker omdat een algemene volksverzekering nooit werd ingevoerd. De overheid bleef van mening dat de toegang tot de gezondheidszorg met de vrijwillige en de verplichte verzekering voldoende geregeld was.¹²² De oplossing zou na 1980 worden gezocht in het combineren van de ziekenfondsverzekering en het uitbreiden van de particuliere verzekering.

Verzekering door Ziekenfondswet en AWBZ; volledige toegankelijkheid tot gezondheidszorg

De ziekenfondsverzekering, verplicht en vrijwillig, voorzag wel in de volledige dekking van artsenzorg, medicijnen, paramedische zorg en kunst- en hulpmiddelen, maar verstreek slechts in beperkte mate ziekenhuisverpleging. De ziekenhuisverplegingsverzekeringsverenigingen bleven ook na 1945 bestaan, maar waren onvoldoende in staat om in de steeds groeiende behoefte aan ziekenhuis-, sanatorium- en langdurige verpleging te voorzien. Deze groeiende vraag werd veroorzaakt door de inhaalbehoefte na de oorlog, de ontwikkeling van de verpleeghuiszorg, professionalisatie van de ziekenhuisverpleging en de ontwikkelingen bij de medische specialisatie.

In en na de oorlog waren de problemen bij de ziekenhuisverpleging nauwelijks te overzien. Er waren grote tekorten aan artsen, geneesmiddelen en ziekenhuisbedden. De bouw van ziekenhuizen was dringend nodig, maar werd beperkt. De gevolgen van dit beleid waren ernstig: wachtlijsten voor opnames, beddentekorten en veroudering van de bestaande ziekenhuizen. Na 1960 veranderde dit. De overheid trok, aangemoedigd door de economische vooruitgang, het bouwvergunningenbeleid in en als gevolg van de inhaalbehoefte ontstond in de ziekenhuissector een bouwexplosie met nieuwbouw, modernisering en uitbreidingen. De hotelfunctie van de ziekenhuizen werd versterkt. Zalen werden vervangen door kamers voor 1 tot 4 personen. Het aantal bedden per 1.000 inwoners groeide van 3,8 voor de oorlog tot 5,3 in 1974.¹²³

Net als bij de ziekenhuisverpleging bestond bij de psychiatrische zorg grote behoefte aan uitbreiding van het aantal plaatsen. De psychiatrie ontwikkelde zich snel met specialisaties als kinderspsychiatrie en neurologie, maar de toestand bij de psychiatrische inrichtingen was slecht. In 1955 was er een tekort van 7.000 opnameplaatsen.¹²⁴ Deze inrichtingen verpleegden niet alleen psychiatrische patiënten, maar verleenden ook de zorg voor volwassen zwakzinnigen en demente bejaarden. Voor deze groepen waren eigen verpleeghuisvoorzieningen nodig.

Het proces van medische differentiatie en specialisatie ging door met de ontwikkeling van orthopedische chirurgie, dermatologie en urologie. De medisch-technische ontwikkelingen gingen tot 1955 snel. Uit moederspecialismen als chirurgie, keel-, neus- en oorziekten en interne geneeskunde ontstonden deelspecialismen als plastische chirurgie, neurochirurgie en cardiologie. Ondersteuning door laboratoriumonderzoeken, anesthesie en röntgenologie werden steeds belangrijker voor klinische en poliklinische behandeling. Het accent van de klinische behandeling verschoof van verpleging naar genezing, van *care* naar *cure*.¹²⁵

De ontwikkeling van de ziekenhuisverpleging en de medische specialisatie had twee gevolgen. De leiding van een ziekenhuis moest zich ontwikkelen tot een professioneel management met directeuren voor medische, verpleegkundige en economische zaken. Ten tweede moest een oplossing worden gevonden voor de verpleging van chronisch zieken, zowel voor hun huisvesting als voor de financiering van hun verzorging. De levensverwachting van de bevolking en daarmee ook het aantal chronisch zieken namen toe door de groeiende welvaart, de snel ontwikkelende medische wetenschap en de uitbreiding van de medische en paramedische therapeutische mogelijkheden. De kosten van deze zorg werden zo hoog dat particuliere verzekering van de chronisch zieken, de zware risico's, niet mogelijk was. Het Ziekenfondsenbesluit bood maar een verzorging van 42 ligdagen per opname, waardoor deze mensen aangewezen bleven op de armenzorg. Weinigen konden voortdurende zorg uit eigen zak betalen en de behoefte aan een wettelijke verzekering van de kosten van deze langdurige verzorging werd daarom steeds groter.

De Armenwet werd in 1965 vervangen door de Algemene Bijstandswet. De geneeskundige armenzorg had zich overleefd en was grotendeels vervangen door de ziekenfondsverzekering. De ziekenhuisverpleging als verstrekking voor de verplichte verzekering werd op 1 januari 1964 wel uitgebreid tot 365 dagen, maar deze maatregel loste het probleem niet op.¹²⁶ Veldkamp, de minister van Volksgezondheid, wilde daarom deze risico's in een aparte volksverzekering onderbrengen en diende op 24 januari 1966 een wetsontwerp Algemene Verzekering zware geneeskundige risico's in.¹²⁷ Deze volksverzekering had tot voordeel dat de overheidsfinanciën werden ontlast, doordat de kosten van deze risico's niet meer ten laste kwamen van de Bijstandswet.

De minister wilde de ziekenhuisverpleging oorspronkelijk ook in deze wet onderbrengen, maar dit stuitte op zo'n grote maatschappelijke weerstand dat hij deze plannen liet varen. De SER, de werkgevers, de particuliere verzekeraars en de specialisten stonden op hun achterste benen. De werkgevers zouden de volledige premie moeten betalen, de particuliere verzekeraars zagen een deel van hun markt verdwijnen en de SER raadde het voorstel gewoon af. Het protest van de LSV was opmerkelijk. De specialistenvereniging beschouwde deze wet voor de klinische hulp als een ziekenfondsverzekering zonder loongrens en dat was voor de specialisten als aantasting van hun praktijk onaanvaardbaar. De ziekenhuisverpleging werd door alle weerstand geen volksverzekering, maar bleef verdeeld tussen de ziekenfonds- en de particuliere verzekering.

Veldkamps opvolger Roolvink loodste in 1967 de plannen van zijn voorganger door het parlement als de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de AWBZ. De AWBZ werd op 1 januari 1968 gedeeltelijk en op 1 april geheel van kracht. De AWBZ-verstrekkings bestonden uit opname en behandeling in erkende instellingen als verpleeghuizen, zwakzinnigeninrichtingen en inrichtingen voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten. Behandeling in ziekenhuizen, sanatoria en psychiatrische inrichtingen werden vanaf de 366e dag vergoed.

Verzekering door Ziekenfondswet en AWBZ; de gevolgen voor de gezondheidszorg en de fondsen

De AWBZ had verstrekkende gevolgen voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg. De regeling van de financiering van chronisch zieken en gehandicapten maakte de ontwikkeling van nieuwe instellingen als verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen mogelijk. De zwakzinnigenzorg werd verbeterd door de bouw van zwakzinnigeninrichtingen, gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven. Het aantal verpleeghuisplaatsen voor somatische en psychogeriatrische patiënten groeide van 1.500 in 1950 tot 47.000 bedden in 1983.¹²⁸ De verzorgings- en verpleegfuncties van de verpleeghuizen werden uitgebreid met therapeutische verzorging door bezigheidstherapeuten, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten. Op deze manier droeg de AWBZ, net als het Ziekenfondsenbesluit, bij tot de ontwikkeling van de paramedische beroepen.

De AWBZ was een volksverzekering, in tegenstelling tot de ziekenfondsverzekering waar de verzekerde zelf zijn premie betaalde. De verzekering werd gefinancierd door eigen bijdragen, door premies en rijksbijdragen. De premie werd gesteld op 0,4% over een jaarinkomen van maximaal f 15.350.¹²⁹

Voor aanspraken op de wet moesten ziekenfondsverzekerden zich melden bij hun ziekenfonds en particulier verzekerden bij hun verzekeraar. De uitvoering van de AWBZ werd grotendeels in handen gelegd van de ziekenfondsen als Uitvoeringsorgaan/Verbindingskantoren, VBK's, voor het CAK, het Centrale Administratie Kantoor. Deze VBK's bemiddelen sindsdien bij de erkenning en de contractering van instellingen, verzorgen de AWBZ-administratie rond de opname en de behandeling, innen de eigen bijdragen en betalen de instellingen. In 1989 werden de particuliere ziektekostenverzekeraars ook voor hun verzekerden aangesteld tot contactorganen voor de AWBZ.

Het takenpakket van de ziekenfondsen werd door de wet flink uitgebreid. Het werk op de AWBZ-afdelingen werd specialistenwerk en bleek in de praktijk voor veel fondsen haast niet uitvoerbaar. Vooral de kleinere fondsen waren nauwelijks in staat een goed draaiende afdeling op te zetten en kregen reprimande op reprimande van de Ziekenfondsraad, die net als bij de Ziekenfondswet met het toezicht belast was. Sommige waren daardoor gedwongen te fuseren met grotere fondsen, een onverwacht concentratie-effect.

De AWBZ vulde als volksverzekering de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekering aan en was bestemd voor de gehele bevolking. Zij veranderde op den duur van karakter. Het principe van de verzekering van zware, onverzekerbare risico's verdween en de wet kreeg steeds meer betekenis voor de algemene gezondheidszorg. Belangrijke nieuwe verstrekkingen waren rolstoelen voor verpleeg- en revalidatie-instellingen, medische kindertehuizen, gezinsverpleging, sociaal-psychiatrische hulpverlening, dagverblijven voor gehandicapten en als kroon de uitbreiding met het kruiswerk in 1980.¹³⁰ De Ziekenfondswet werd in deze tijd uitgebreid met verstrekkingen als psychiatrische dagbehandeling, revalidatiedagbehandeling, anticonceptiemiddelen en pilcontrole, Cesar- en Mensendiecktherapie en niertransplantaties.

De gezondheidszorg groeide tot 1974 als kool. De economische voorspoed, de groeiende welvaart en de gezonde overheidsfinanciën maakten dit mogelijk. Toch konden de bomen niet tot de hemel groeien en de presentatie van de Structuurnota Gezondheidszorg van staatssecretaris J.P.M. Hendriks kondigde grens van deze groei in 1974 al aan.¹³¹ De vraag naar zorg groeide harder dan het aanbod, wachtlijsten voor opnames en wachttijden bij spreekuren verdwenen niet. De bureaucratie en de overheidsinvloed in de gezondheidszorg werden door de Ziekenfondswet en de AWBZ steeds groter. De kosten namen explosief toe. De gemiddelde uitgaven per wettelijk verzekerde groeiden van f 224,17 in 1967 tot f 407,68 in 1971.¹³² Deze stijgingen waren niet alleen te danken aan de uitbreiding van het aantal verstrekkingen en de inflatie, maar ook aan de voortdurende verhogingen van de tarieven. De premiestijgingen van de verplichte verzekering die voor de dekking van deze kostenstijgingen nodig waren, werden als bedreiging voor de economische ontwikkeling van het land gezien, onder meer omdat zij op hun beurt de inflatie weer stimuleerden.¹³³

Niet alleen de kostengroei, maar ook de structuur van de gezondheidszorg dreigde problemen op te leveren. Het voorzieningsniveau was hoog, maar zonder beleidsvisie tot stand gekomen en groeide uit tot een *lappendeken*.¹³⁴ De geografische spreiding was te onregelmatig. De intramurale sector had

zich met haar ziekenhuizen en verpleeginrichtingen bijna ongelimiteerd kunnen uitbreiden, ten koste van de middelen voor psychiatrie en voor de extramurale zorg als artsenuitbuiting en paramedische zorg.¹³⁵ De ziekenhuisbouw werd pas in 1971 door de Wet Ziekenhuisvoorzieningen weer aan een vergunningenstelsel gebonden. De verzuiling droeg ook haar steentje aan de versnippering bij. Katholieken en protestanten bleven vasthouden aan het recht op eigen voorzieningen. Er werd niet alleen geïnvesteerd in algemene instellingen en voorzieningen, maar in plaatsen als Schiedam werd op 200 meter van het net nieuw opgetrokken katholieke ziekenhuis een Gemeenteziekenhuis gebouwd. Deze ontwikkelingen waren begrijpelijk. Voor het eerst in de geschiedenis waren door wetgeving en welvaart de financiële middelen aanwezig om de gezondheidszorg zonder bekijbelen te laten groeien. Deze groei viel samen met grote technologische ontwikkelingen, therapeutische vernieuwingen, veranderende inzichten en nieuwe visies op behandeling en patiëntenzorg. Met de Ziekenfondswet en de AWBZ was de toegankelijkheid tot alle voorzieningen van de gezondheidszorg voor de gehele bevolking gegarandeerd.

Ziekenfonds of particulier; bovenbouwen en verzekeringsmaatschappijen

De verzekering van de gezondheidszorg bestond behalve uit de ziekenfondsverzekering en de AWBZ ook uit de particuliere ziektekostenverzekering. De ontwikkeling van deze verzekering was sinds de contacten van de NMG met de particuliere ziektekostenverzekeraars in de twintiger jaren doorgegaan. Het Ziekenfondsenbesluit had voor deze verzekeraars twee gevolgen. Hun omzet ging flink omlaag en vele gingen failliet. De vaststelling van de loongrens en de koppeling met de Ziektewet maakte duidelijk welke inkomensgroepen hun toekomstige cliëntèle vormden, zoals de ambtenaren en mensen uit de vrije beroepen.

De ziekenfondsen richtten na de oorlog hun eigen particuliere verzekeringsmaatschappijen op, de bovenbouwverzekeraars of bovenbouwen. Fondsen uit een regio werkten vaak samen in stichtingen om te voorzien in de behoefte aan aanvullende verzekeringen voor ziekenhuisverpleging. De bovenbouwen boden daarnaast volledige ziektekostenverzekeringen tegen betaalbare premies aan mensen, die met hun inkomen boven de loongrens kwamen. Bekende bovenbouwmaatschappijen waren de VGCN in Midden-Nederland, VGNN uit Noord-Nederland, VGZ in Zuid-Nederland en het NeZiFo van de onderling beheerde ziekenfondsen. Veel bovenbouwen fuseerden tot het latere Zilveren Kruis.

De belangrijkste verschillen tussen deze ziekenfondsmaatschappijen en de commerciële ziektekostenverzekeraars waren hun volledige acceptatiebeleid, de risico-onafhankelijke premiestelling en betere polisvoorwaarden, zoals het ontbreken van uitsluitingen van bestaande kwalen. Zij probeerden het beginsel van solidariteit tussen gezonden en zieken zo veel mogelijk in de praktijk te brengen door te werken als onderlinge waarborgmaatschappijen zonder winstoogmerk.

De bovenbouwen stichtten in 1955 een gezamenlijke verzekering, de stichting Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg of SIG.¹³⁶ A.A. Snooy, de administrateur van het Utrechtse VHZ, was de grondlegger van de SIG. De bovenbouwen konden bij de SIG de slechte of zware risico's betaalbaar herverzekeren. Zij versterkten hiermee hun marktpositie en konden hun non-selectieve acceptatiebeleid beter volhouden. Commerciële verzekeraars vonden daarentegen dat de premies moesten worden afgestemd op de risico's en dienden bij te dragen aan de winst van de maatschappij. Zij voerden een strakker acceptatiebeleid.

De bovenbouwen werden door hun premies, pakketten en hun binding met de ziekenfondsen al snel grote concurrenten van de particuliere verzekeraars. Hun beheerskosten waren lager doordat zij gebruikmaakten van de ziekenfondsadministraties en de bodes. Deze relatie werd door de Ziekenfondsraad en de overheid toegestaan.¹³⁷ Het marktaandeel van de bovenbouwen groeide snel ten koste van de particuliere verzekeringsmaatschappijen.

De positie van alle ziektekostenverzekeraars kwam in de jaren vijftig en zestig steeds meer onder druk te staan. De loongrens voor de verplichte verzekering werd ieder jaar hoger gesteld en de ziekenfondsverstrekkingen werden steeds uitgebreider. Zij verloren een groot deel van de ambtenarenverzekerden door de oprichting van publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen voor gemeente- en provincieambtenaren, zoals de IZA's. De verzekeraars probeerden daarom in 1961 door de oprichting van de Kontaktcommissie Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars, de KLOZ, de uitholling van hun bedrijfstak tegen te gaan.

De KLOZ was door de deelname van de bovenbouwen het eerste formele overlegorgaan tussen de particuliere ziektekostenverzekeraars en de ziekenfondsen. De tweede belangrijke stap in de samenwerking tussen de ziektekostenverzekeraars en de ziekenfondsen was de gemeenschappelijke

regeling van de verzekering van slechte risico's in het Nederlands Onderling Herverzekeringsinstituut voor Ziektekosten, NOZ, in 1967. De SIG van de bovenbouwen ging in 1968 op in het NOZ.¹³⁸ De samenwerking van de ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars heeft een lange traditie. De Ziekenfondswet verbiedt deze samenwerking niet, het is een eigen ontwikkeling in het maatschappelijk middenveld geweest. Ziekenfondsdirecteuren vergaderden in het kader van de KLOZ samen met hun commerciële collega's. Het personeel van de ziekenfondsen werd op contractbasis uitgeleend aan de bovenbouwen. Ziekenfonds en ziektekostenverzekering beten elkaar niet, zij vulden elkaar juist aan.

Ziekenfonds of ziektekostenverzekering: solidariteit of equivalentie?

De KLOZ was niet bedoeld om de commerciële ziektekostenverzekeraars een socialer verzekeringsbeleid op te dringen. Het tegendeel bleek zelfs toen zij in het begin van de jaren '80 *de goedkope budgetpolis met leeftijdgebonden premies en eigen risico's* introduceerden.¹³⁹ Zij moesten reageren op de agressieve marketing van bovenbouwverzekeraars en onderlinge verzekeringsmaatschappijen, die door direct writing meer goede risico's trachtten te werven en van de vrijwillige verzekering trachtten over te hevelen naar de bovenbouwen. De premiedifferentiatie tussen de goede en de slechte risico's werd na 1980 steeds groter. De zelfregulering van de particuliere markt faalde, ondanks het overleg in de KLOZ.

De noodzaak tot overheidsingrijpen bij de ziektekostenverzekering werd steeds groter, mede door de problemen bij de bejaardenverzekering en de vrijwillige verzekering. Veel gezonde vrijwillig verzekerden zetten hun vrijwillige fondspolis om in een goedkopere particuliere polis. De vrijwillige verzekering moest worden gereorganiseerd, want zij dreigde binnen korte tijd uitsluitend nog te bestaan uit verzekerden met een hoog ziekterisico. De premies zouden dan onaanvaardbaar hoog moeten worden om de tekorten te beperken en de overheidsbijdrage aan de verzekering zou steeds groter worden.¹⁴⁰

Deze ontwikkeling toonde aan dat de solidariteit van de ziekenfondsverzekering niet kon concurreren met het equivalentieprincipe van de particuliere verzekering.¹⁴¹ Bij de solidariteit van de ziekenfondsverzekering kwamen een goede verzekering en de belangen van de verzekerden voor de winst. Bij de equivalentie moesten de premies de kosten van schade dekken en voor de continuïteit van de bedrijfsvoering zorgen. Toch dwong de overheid op 1 april 1986 de ziektekostenverzekeraars, bovenbouwen en commerciële maatschappijen, tot een combinatie van solidariteit en equivalentie in de standaardpakketpolis van de Wet Toegang Ziektekostenverzekering, de WTZ.¹⁴²

De WTZ, ook wel de kleine stelselwijziging genoemd, regelde de opheffing van de bejaarden- en de vrijwillige verzekering. De verzekerden uit de bejaardenverzekering kregen een verplichte ziekenfondsverzekering en de vrijwillig verzekerden werden gedwongen tot het afsluiten van een particuliere verzekering. Uitkeringsgerechtigden werden in het vervolg verplicht verzekerd.

De particuliere verzekeraars kregen te maken met uitgebreide overheidsmaatregelen om de toegang van de slechte risico's van de vrijwillige verzekering tot de particuliere verzekering te garanderen. Risicoselectie en premiedifferentiatie moesten worden uitgesloten, de standaardpakketpolis was geboren. Deze polis legde de verzekeraars acceptatieplicht op en garandeerde een verstrekkingenpakket, gelijk aan dat van de verplichte verzekering tegen betaling van een wettelijk vast te stellen premie. De premies dekten niet de kosten van de standaardpakketpolis. Deze nieuwe polissen werden gesubsidieerd door wettelijke heffingen op de reguliere particuliere polissen. Deze heffingen functioneerden als middel om van de particulier verzekerden aanvullende solidariteit met de standaardpakketpolis af te dwingen.¹⁴³

De WTZ en de standaardpakketpolis kwamen uit de koker van J.P. van der Reijden, de staatssecretaris van Volksgezondheid uit het eerste confessioneel-liberale kabinet-Lubbers. Van der Reijden was voorzitter geweest van de bovenbouwverzekeraar Zilveren Kruis. Het credo van dit kabinet-Lubbers was *no-nonsense* om door ingrijpende maatregelen en bezuinigingsmaatregelen in de sociale sector de overheidsfinanciën en de welvaartsstaat te saneren. Van der Reijden kreeg bij zijn aantreden de opdracht 470 miljoen gulden op de ziekenfondsuitgaven te bezuinigen. Hij was fel tegenstander van de verwevenheid van bovenbouw en ziekenfonds en wilde een bestuurlijke en financiële scheiding van de ziekenfondsen en de particuliere sector.¹⁴⁴ Van der Reijden zag met deze bezuinigingsopdracht zijn kans schoon om zijn ideeën in de praktijk te brengen en de vrijwillige en de bejaardenverzekering te saneren.

De bezuinigingsplannen riepen veel maatschappelijke weerstand op. De VNZ, de Ziekenfondsraad, de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Landelijk Patiëntenplatform, de Sociaal-Economische Raad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en vele maatschappelijke organisaties protesteerden tegen

de opheffing van de vrijwillige verzekering. Politiek en maatschappij pleitten voor de invoering van een volksverzekering als de oplossing voor alle problemen, maar Van der Reijden hield voet bij stuk. Hij ontwikkelde zelf een model voor een ziektekostenverzekering, maar zijn voorstellen vonden weinig weerklank.¹⁴⁵ Toch wist hij zijn WTZ door te drukken, gesteund door de bezuinigingsdrift van het kabinet-Lubbers. De kosten van de twee ziekenfondsverzekeringen werden grotendeels overgeheveld naar de particuliere sector, waardoor hij voor een deel aan zijn opdracht had voldaan.

De WTZ is als brug tussen de verplichte ziekenfondsverzekering en de particuliere schadeverzekering een krampachtige fusie van solidariteit en equivalentie. De ziekenfondsen verloren hun vrijwillige verzekering, de overheid hoefde de bejaardenverzekering niet meer te subsidiëren en de ziektekostenverzekeraars, particulier en bovenbouwen, kregen er in 1986 800.000 particulier verzekerden bij.¹⁴⁶ De standaardpakketpolissen bleken voor de verzekeraars door de toeslagen op de particuliere ziektekostenverzekeringen kostendekkend.¹⁴⁷ Zij waren zelfs winstgevend. De fusie was krampachtig omdat de WTZ eigenlijk gebruikt werd als lapmiddel om de grootste problemen van de financiering van de verzekering van de gezondheidszorg te verlichten.

De standaardpakketpolis functioneerde wel als ziektekostenverzekering, maar was een sociale ramp. De premie was voor veel bejaarden met een klein pensioentje nauwelijks op te brengen, terwijl zij in de vroegere bejaardenverzekering misschien zelfs premiereductie gekregen zouden hebben. In de loop van de jaren werd de toelating tot de verplichte verzekering aangepast en konden sommige groepen met een standaardpakketpolis een beroep doen op het ziekenfonds.

Artsen, ziekenfondsen, overheid en de ziekenfondsverzekering; een evaluatie

De relatie artsen-ziekenfondsen veranderde na 1945 op het landelijk niveau door de ontwikkelingen bij de verzekering van de gezondheidszorg tot de zakelijke verhouding van uitvoeringsorganen en medewerkers. De overheid behield en versterkte haar primaat bij het beleid en de regeling van de ziekenfondsverzekering na 1945, de artsen en de fondsen kregen hun verantwoordelijkheden van voor 1941 niet terug. De richtlijnen van de KNMG waren niet meer bepalend voor de landelijke ontwikkelingen en de rol van de artsen werd op het landelijk niveau teruggedrongen tot de gelijkstelling aan die van de andere medewerkersgroepen. De terugkeer van spanningen uit de tijd van de polarisatie werd definitief uitgeschakeld doordat met de inrichting van de Ziekenfondsraad de verantwoordelijkheid voor en het beheer van de financiële middelen van, het toezicht op en de advisering bij de ziekenfondsverzekering op het landelijk niveau gedeeld werd door de overheid, de fondsen, de medewerkers en het bedrijfsleven.

De ziekenfondsen ontwikkelden twee nieuwe zakelijke gezichten, van verzekeraar en van uitvoeringsorgaan. Zij waren door hun bovenbouwen actief als particuliere ziektekostenverzekeraars. Het karakter van de ziekenfondsen als praktisch werkend uitvoeringsorgaan werd versterkt door de invoering van de AWBZ en door het verlies van de zelfstandigheid bij het voeren van de vrijwillige verzekering. Zij probeerden zich vergeefs tegen dit identiteitsverlies te verzetten, maar tegelijk waren zij aan deze ontwikkeling medeschuldig door hun politiek om de goede risico's uit de vrijwillige verzekering onder te brengen in hun bovenbouwverzekeringen.

De uitholling van de vrijwillige verzekering door het uitsluiten van goede risicogroepen maakte een gezonde exploitatie van deze verzekering op lokaal niveau onmogelijk en dwong tot landelijke verevening. De fondsen verloren daarmee hun laatste mogelijkheid om zelfstandig op lokaal niveau een beleid te voeren. De WTZ was de eerste grote ingreep in het ziekenfondsbestel sinds de invoering van het Ziekenfondsenbesluit en betekende het einde van de vrijwillige verzekering als erfenis van het stelsel van voor 1941. De manier waarop de WTZ werd ingevoerd, bevestigde dat de overheid de inrichting van de verzekering van de gezondheidszorg vaststelde en niet de artsen en de ziekenfondsen.

Het besluitvormingsproces over de verzekering van de gezondheidszorg werd en wordt ontwikkeld door discussies tussen zorgaanbieders, de overheid, zorgverzekeraars en de betrokken groepen uit de maatschappij. Deze discussie gaat alleen niet meer over de inrichting van de verplichte verzekering en om principebesluiten over equivalentie of solidariteit, maar om de gehele financiering, de kostenbeheersing van de gezondheidszorg en de controle op de kwaliteit van het geleverde product. In de volgende hoofdstukken wordt gekeken naar de ontwikkeling van het overheidsbeleid in de gezondheidszorg na 1945, hoe de artsen en de fondsen zich op het landelijk niveau aan de situatie aanpasten en in hoeverre zij zelf beleid daarbij konden ontwikkelen en voeren.

3.4 Artsen, ziekenfondsen, overheid en beleidsvorming in de gezondheidszorg na 1945

De invloed van de overheid op de relatie artsen-ziekenfondsen werd na 1945 steeds groter. De manier waarop dit gebeurde was afhankelijk van de heersende politieke visie en maatschappelijke ontwikkelingen. De fondsen bleven met hun koepelorganisaties ondanks de rol van de overheid op het landelijk niveau in staat tot het voeren van eigen beleid bij de verzekering van de gezondheidszorg en in hun relatie tot de zorgaanbieders.

Koepelvorming bij de Maatschappijfondsen: de oprichting van de Federatie V.M.Z.

Het aantal fondsen, dat volgens het Ziekenfondsenbesluit over een erkenning beschikte, daalde gestaag: van 190 op 31 december 1943 tot 151 in 1948.¹⁴⁸ Deze daling was een proces van fusie en opheffing en gaat tot op de dag van vandaag door. Van der Does krijgt achteraf zijn zin.

De Maatschappijfondsen bleven de grootste groep fondsen vormen, gevolgd door de onderling beheerde fondsen van het CBZ. De behoefte aan een eigen koepel bleek bij de Maatschappijfondsen na de bezetting sterker dan ooit. De fondsen konden door de groei na het Ziekenfondsenbesluit en de groter wordende rol van de overheid niet meer zonder goede samenwerking en collectieve belangenbehartiging. Het grootste probleem voor de Maatschappijfondsen was hun gebrek aan zelfstandigheid. Het was de NVVZA tijdens de bezetting weliswaar niet gelukt de fondsen te annexeren, maar na de bevrijding was hun status nog steeds die van dochterorganen van de Maatschappij, zonder rechtsbevoegdheid. De artsenorganisatie bleef daardoor financieel verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering.

Nieuwenhuysen, Bartels, De Vos en Van de Bunt, de voormannen van 1936 en 1941, ondernamen in 1945 opnieuw pogingen tot de oprichting van een Federatie "Vereenigde Maatschappij Ziekenfondsen" (V.M.Z.) en nu met meer succes.¹⁴⁹ Het Medisch Contact had voor de bevrijding de medewerking bij de stichting van een federatie toegezegd en de rol van de grootste tegenwerkers van een Maatschappijfondsenkoepel, Eggink en Diehl, was na de bevrijding uitgespeeld.

Op 1 en 2 september 1945 werd de eerste algemene vergadering van het Medisch Contact gehouden. Waar Van den Helm, Van de Bunt, Nieuwenhuysen en hun collega-bestuurders zo lang naar gestreefd hadden, was nu snel geregeld.¹⁵⁰ Het hoofdbestuur van het Medisch Contact wilde zo snel mogelijk de Federatie V.M.Z. heropgericht zien om de Maatschappijfondsen een sterke uitgangspositie te geven bij nieuwe overheidsmaatregelen. Deze koepel zou de groei van de fondsen moeten bespoedigen en deel moeten nemen aan het overleg voor de oprichting van de Ziekenfondsraad. Op zaterdag 1 december 1945 werd de oprichtingsvergadering van de Federatie gehouden.¹⁵¹ De constituerende vergadering van de NMG werd op 26 juli 1947 gehouden. De NMG kreeg in 1949 bij het 100-jarig bestaan het predikaat Koninklijk en werd KNMG.

Brutel de la Rivière, Wibaut en De Vreeze, het dagelijks bestuur van het Medisch Contact, wilden door de oprichting van de Federatie bereiken dat het nieuwe hoofdbestuur van de NMG niet meer overbelast zou raken door het werk voor de Maatschappijfondsen. Brutel de la Rivière wilde niet dat de fondsen in de Federatie verzelfstandigd zouden worden, want het ziekenfondswezen was naar zijn mening nog onvoldoende geregeld om de rechtspositie en de honoraria van de artsen zonder de invloed van hun eigen fondsen te garanderen. De bestuursvorm van de Maatschappijfondsen en hun statuten zouden ongewijzigd blijven. De Federatie zou eindelijk orde moeten brengen in de grote verschillen in reglementen, administraties en beheer, de onderlinge concurrentie uit de weg ruimen en verantwoordelijk worden voor het onderhandelen over de medewerkersovereenkomsten.¹⁵²

De verhouding NMG-Federatie werd in 1947 voorlopig geregeld.¹⁵³ Het Federatiebestuur kreeg alle fondsbevoegdheden van het NMG-hoofdbestuur overgedragen, maar zonder dat de fondsen verzelfstandigd werden. Een arts-afgevaardigde van het Federatiebestuur werd opgenomen in het NMG-hoofdbestuur. Nieuwenhuysen werd hiervoor als eerste aangezocht en kreeg eindelijk de erkenning, die hij voor zijn verdediging van de Maatschappijfondsen verdiende.

De besturen moesten bij alle NMG-fondsen gelijk zijn en de fondsen moesten *de pariteit van verzekeren en medewerkers met een rechtsgelijke bestuurssamenstelling* volledig doorvoeren.¹⁵⁴ Het medewerkersdeel diende te bestaan uit twee huisartsen, twee apothekers, een specialist en een tandarts naast zes verzekeren. Het NMG-Hoofdbestuur had zich met deze samenstelling eindelijk na de Algemene Besluiten van 1912 uitgesproken over de rechtsgelijkheid van de verzekeren in de Maatschappijfondsen en verklaard af te stappen van het principe dat de bestuurssamenstelling van het ziekenfonds een machtsmiddel was.¹⁵⁵ De pariteitskwestie, dat oude hete hangijzer, was nu na zo vele jaren opgelost, doordat het Hoofdbestuur eindelijk de emancipatie van de verzekeren bevestigde!

Het Hoofdbestuur moest wel. Alle fondsen hadden immers in 1941 met het Ziekenfondsenbesluit de vrije artskeuze en de contracteerplicht opgedrongen gekregen met het gevolg dat deze principes, zo vurig voorgestaan door de NMG, overal waren doorgevoerd. Een van de belangrijkste redenen voor het bestaansrecht van de Maatschappijfondsen was daardoor verdwenen en uit concurrentieoverwegingen tegen de CBZ-fondsen wilde het Federatiebestuur zijn fondsen voor de verzekerden zo aantrekkelijk mogelijk maken. De Stopcirculaire uit 1942 was in 1947 opgeheven en de ziekenfondsen mochten weer vrijelijk verzekerden van elkaar in- en overschrijven. De agenten en bodes van de katholieke fondsen beconcurrerden hun collega's van de Maatschappijfondsen en onderlinge fondsen op leven en dood.¹⁵⁶ De strijd om de verzekerde dreigde te herleven en de ledenbestanden van de grote Maatschappijfondsen waren voor hun concurrenten een aanlokkelijke prooi.¹⁵⁷ Bij een eventuele unificatie en concentratie van ziekenfondsen in de werkgebieden moesten de Maatschappijfondsen sterk staan.

De Maatschappijfondsen formeerden Raden van verzekerdenvertegenwoordigers, die de verzekerdenbestuursleden benoemden. Dit model was afgekeken van de bestuursvorm van de onderling beheerde fondsen, waar de Ledenraad al langer bekend was.¹⁵⁸ De verantwoordelijkheid voor het functioneren van de Federatie V.M.Z. berustte bij de fondsbesturen zelf. De fondsen werden ingedeeld in districtscommissies, die gezamenlijk de Landelijke Raad vormden. Het Federatiebestuur was aan deze Raad verantwoording schuldig. Deze structuur werd in 1949 aangepast door de districtscommissies te veranderen in districtsraden en -besturen. De Landelijke Raad werd nu gevormd door afgevaardigden van de fondsbesturen zelf.¹⁵⁹ De KNMG en de Federatie hoopten nu een zo democratisch mogelijke structuur te hebben gevonden.¹⁶⁰

De Federatie bewees haar bestaansrecht bij de verbetering van de fondsadministraties door het uitgeven van richtlijnen en het voeren van overleg tussen de directeuren en administrateurs. De arbeidsvoorwaarden van het Maatschappijfondsenpersoneel werd verbeterd door een collectieve pensioenvoorziening en door deelname van de Federatie aan CAO-overleg. De statuten en reglementen van de fondsen werden zo veel mogelijk geüniformeerd en de Federatie streefde naar samenwerking met de andere ziekenfondskoepels door overleg voor de gemeenschappelijke behartiging van belangen en bij de onderhandelingen met de zorgaanbieders. De Federatie werd door haar invloed en de grootte van haar achterban al snel de dominante ziekenfondskoepel.

Slagvaardigheid bij de artsen; de emancipatie van de beroepsgroepen en de losmaking van de Maatschappijfondsen

De Federatie V.M.Z. voelde zich toch belemmerd door de eigendomsverhouding met de NMG, ondanks haar autonomie. Deze relatie beperkte de vrijheid van het Federatiebestuur om naar eigen inzicht zijn organisatie in te richten, terwijl dit bestuur het uit tactische overwegingen verstandiger vond de Maatschappijfondsen volledig te verzelfstandigen.¹⁶¹ De Centrale Bond van Onderling Beheerde Ziekenfondsen, als CBOZ de naoorlogse opvolger van de CBZ, beschouwde de Federatiefondsen nog altijd als artsenfondsen en stelde zich soms vijandig op. De band met de NMG maakte het onmogelijk om bij eventuele concentratieplannen van de overheid of van de fondsorganisaties zelf met andersoortige ziekenfondsen nauwer samen te werken of te fuseren. In deze tijd verschenen diverse plannen, waarin op een ziekenfonds per werkgebied werd aangedrongen.

Toch vond het NMG-Hoofdbestuur een verzelfstandiging van zijn fondsen in 1947 nog veel te ver gaan. Brutèl en Wibaut wilden hun gezag doen gelden als het volgens hen nodig zou zijn. De Federatie had geen zeggenschap over de artsen, maar de NMG wel over de ziekenfondsen.¹⁶² Zij wilden voorlopig verantwoordelijk blijven voor de Maatschappijfondsen, temeer omdat de NMG vanaf haar heroprichting met een identiteitscrisis worstelde. De leden en het Maatschappijbestuur wilden in 1945 en 1946 voorkomen dat de NMG, net als voor de oorlog, verlamd zou worden door een traag en ondoelmatig bestuursapparaat. Er was al een stap in de goede richting gedaan met de Federatie V.M.Z., die de lasten van het Hoofdbestuur verlichtte door ziekenfondstaken over te nemen.

Dit Bestuur had in 1945 plannen voor de oprichting van een vereniging van ziekenfondsartsen, die bij bestuurlijke zaken een adviserende stem zou krijgen. De huisartsen en de specialisten hadden echter geen behoefte aan een dergelijke organisatie. Zij vreesden toestanden als met de vroegere Huisartsen en Specialisten Commissies en wilden eigen beroepsverenigingen, die wel onder de paraplu van de NMG zouden mogen functioneren. De specialisten richtten op 3 augustus 1946 de Landelijke Specialisten Vereniging, de LSV, op. Op 4 augustus volgden de huisartsen met hun Landelijke Huisartsen Vereniging, de LHV. Het doel van deze verenigingen was de behartiging van de beroepsbelangen van de leden, zoals het afsluiten van de overeenkomsten met de ziekenfondsorganisaties.¹⁶³

Deze ontwikkeling was tegen de zin van het Hoofdbestuur, dat net als in vroeger dagen tegen beter weten in door een strakke centralistische opstelling de eenheid wilde bewaren. Het moest echter onder druk van de huisartsen en specialisten met het bestaan van de LHV en LSV instemmen. De status van de beroepsgroepen binnen de NMG was met de LHV en de LSV na decennia van commissies, experimenten en discussies eindelijk definitief geregeld. Zij hadden hun eigen beroepsorganisaties met duidelijke verantwoordelijkheden, functionerend onder de paraplu van de moederorganisatie. De uitvoerende taken van het Hoofdbestuur waren beperkt en iedere groep zorgde zelf voor zijn eigen belangen. De onderlinge twisten over de verdeling van ziekenfondshonoraria behoorden tot het verleden en konden de besluitvorming bij de NMG niet meer verlammen. LHV en LSV onderhandelden zelf met de fondsen, dit was geen algemene NMG-aangelegenheid meer.

Het bestuur van de Federatie V.M.Z. werd door deze ontwikkelingen bij de artsenorganisatie geprikkeld tot aandringen op verzelfstandiging van de Maatschappijfondsen.¹⁶⁴ De moeilijkste punten bij deze privatisering bleken de juridische status van de fondsen, de regeling van de overdracht van het vermogen en de mate van zelfstandigheid van de fondsen ten opzichte van een onafhankelijke Federatie. Het eerste probleem kon worden ondervangen door de fondsen om te vormen tot onderlinge waarborgmaatschappijen, waardoor zij rechtspersoonlijkheid kregen als maatschappijen zonder winstoogmerk. De vermogensoverdracht door de KNMG kon contractueel geregeld worden onder het toezicht van de Ziekenfondsraad.

De zelfstandigheid van de fondsen zou worden bepaald door het principe van de *besturing door medewerkers en verzekerden gezamenlijk*, het oude principe van de pariteit, en door de mate waarin zij zich verplichtten tot het naleven van de besluiten van de Federatie.¹⁶⁵ De fondsen mochten niet verzuild zijn of raken. Levensbeschouwelijkheid van de medewerkers en de verzekerden mocht de zelfstandigheid van het medisch en verzekeringstechnisch functioneren van de Federatiefondsen niet beïnvloeden.

Het duurde even, maar in 1952 werden de Maatschappijfondsen eindelijk juridisch en economisch losgemaakt van de KNMG, 39 jaar na de Algemene Vergadering van Breda waar het besluit tot de oprichting van de NMG-fondsen genomen was. De verzelfstandiging van de voormalige Maatschappijfondsen betekende het einde van de directe betrokkenheid van de KNMG bij het ziekenfondswezen.

De artsenfondsen hadden hun nut bewezen. Sinds het begin van hun bloei in 1929 waren zij voor de artsen naast de collectieve overeenkomsten het belangrijkste instrument geweest om hun principes in de strijd om de macht bij het ziekenfondswezen te verdedigen: de vrije artsenkeuze, een goede rechtspositie en handhaving van de welstandsgrens. Tegelijk was in deze strijd de rol van de verzekerden en de andere medewerkers in de besturen van de Maatschappijfondsen steeds groter geworden. De artsen moesten onder de druk van de concurrentie van de onderling beheerde fondsen hun macht met de verzekerden delen en het was gebleken dat sommige verzekerden zelf achter de principes van de Maatschappijfondsen stonden: een goede geneeskundige verzorging voor de verzekerden en een goede rechtspositie voor de medewerkers. Deze relatie werd nog verstevigd door de invoering van het Ziekenfondsbesluit en de geest van samenwerking tijdens de oorlog.

De Maatschappijfondsen waren voor 1952 wel het juridisch eigendom van de KNMG geweest, maar in de praktijk werkten artsen, apothekers en verzekerden in de besturen samen om in onderling overleg de fondsen te beheren. De Federatie van Vereenigde Maatschappijfondsen ("V.M.Z.") werd in 1954 dan ook herdoopt in de Federatie van door Verzekerden en Medewerkers bestuurde Ziekenfondsen ("V.M.Z.").¹⁶⁶ Het briefpapier van de Federatie hoefde nauwelijks te worden aangepast. Het was ironisch dat de voormalige Maatschappijfondsen in het vervolg werden aangeduid met Federatiefondsen. Dit was immers vroeger ook de verzamelnaam van de onderling beheerde fondsen van de Landelijke Federatie!

Het COZ; centralisatie en samenwerking bij de ziekenfondsorganisaties

In 1946 waren er zes ziekenfondsorganisaties:¹⁶⁷

- de Federatie V.M.Z. met 65 Maatschappijfondsen;
- de CBZ met 43 fondsen. De Landelijke Contactcommissie werd in juli 1946 opgeheven en haar fondsen traden toe tot de CBZ;¹⁶⁸
- de Bond van R.K.-Ziekenfondsen met vijf fondsen;
- het Overleg van Ondernemingsfondsen, 24 fondsen. Dit waren ziekenfondsen die het personeel van een onderneming verzekerden, zoals de fabrieksfondsen en het spoorwegfonds;
- de Nederlandse Bond van Ziekenfondsen. Deze bond verenigde de dertien commerciële fondsen als het Rotterdamsch Ziekenfonds van de RVS en het NAZ;

- de Organisatie van Algemene Ziekenfondsen, de categorie 'Overige' met negen fondsen.

Van de 154 fondsen waren er in 1946 veertien niet aan een organisatie gebonden. In dat jaar waren er 5.973.450 ziekenfondsverzekerden, vrijwillig en verplicht.¹⁶⁹ De Federatiefondsen verzorgden voor 1.728.607 verplicht verzekerden en voor 1.126.344 vrijwillig verzekerden de ziekenfondsverzekering, 48% van alle verzekerden. Zij bleven de grootste groep vormen. De fondsen van de CBZ verzekerden 27%.

De Federatie, de CBZ, de Nederlandse Bond van Ziekenfondsen en de Organisatie van Algemene Ziekenfondsen besloten op 9 december 1947 tot de stichting van het Centraal Overleg van Ziekenfondsorganisaties, het COZ.¹⁷⁰ In April 1948 sloten de andere organisaties zich bij het COZ aan. De ziekenfondskoepels hadden behoefte aan een permanent overleg, zonder dat zij iets van hun zelfstandigheid wilden opgeven. Zij verbonden zich wel tegen elkaar geen concurrentie- of andere acties te ondernemen, zonder dat het COZ hiervan in kennis gesteld zou worden. De eensgezindheid tussen de organisaties was groot en het optreden van de ziekenfondsen naar buiten werd met het COZ versterkt. Enkele *oude stokpaardjes en strijd-bijlen* werden voorgoed begraven.¹⁷¹ De samenwerking bleek blijvend en conflicten tussen de organisaties zelf kwamen niet meer voor. Plaatselijke ruzies tussen de fondsen werden meestal door overleg in het COZ geregeld.

Het COZ luidde het begin van de centralisatie bij de ziekenfondskoepels in. Er bleef nog wel voldoende ruimte voor de handhaving van de rooms-katholieke zuil en voor een ideologisch onderscheid tussen de Federatie en de CBZ. De CBZ-fondsen werden nog steeds uitsluitend beheerd door verzekerden, terwijl de Federatiefondsbesturen gemengd waren. In de praktijk werd het verschil tussen deze organisaties steeds kleiner. De ziekenfondsen zelf waren door het Ziekenfondsenbesluit parastatale of privaatrechtelijke organen met publiekrechtelijke taken geworden en verloren met deze COZ-centralisatie nog meer van hun vroegere identiteit als private organisaties.¹⁷² Dit proces riep weerstand op.

De Maatschappijfondsen uit Nijmegen, Venlo en Breda voelden zich niet gelukkig met het streven van de Federatie zich los te maken van de NMG en vonden dat de samenwerking in het COZ te ver ging.¹⁷³ Het lidmaatschap van de Federatie zou na de losmaking van de KNMG voor de fondsen verplicht worden en de gedwongen samenwerking van de fondsen in districten vonden zij veel te centralistisch.¹⁷⁴ Zij maakten zich los van de Federatie en richtten op 6 april 1951 koepelorganisatie nummer 7 op: de Stichting Autonome Ziekenfondsen, de SAZ.¹⁷⁵

De SAZ wilde af van de centralisatie en de overheidsinvloed, ontstaan door de werking van het Ziekenfondsenbesluit en hunkerde naar de tijd van voor 1941. Ziekenfondswetgeving zou alleen maar hoofdlijnen voor een wettelijke regeling van de verzekering moeten geven en de overheid moest zich niet bemoeien met de relatie tussen zorgaanbieders en ziekenfondsen en het afsluiten van de contracten.¹⁷⁶ De SAZ keerde zich tegen de CBZ, in 1951 van naam veranderd tot CBOZ. Het ziekenfondsbestel was *sterk socialistisch geïnfecteerd* en de SAZ wilde daarom een positief christelijke maatschappijhouding invoeren in het ziekenfondsbestel. De fondsen van de SAZ wilden eigenlijk toepassing van het katholieke verzuilingsprincipe van de subsidiariteit bij de Maatschappijfondsen.

De halsstarrige houding van de SAZ-fondsen bracht de verzelfstandiging van de Maatschappijfondsen niet in gevaar. Zij bleven afgescheiden van de Federatie en als laatsten der Mohikanen aangesloten bij de KNMG.¹⁷⁷ De SAZ probeerde zich buiten het overleg van het COZ te houden, maar kwam in de problemen met het afsluiten van contracten met de LHV. In 1954 sloot zij zich in arren moede toch maar bij het COZ aan.

Van COZ naar GOZ en VNZ; over concentratie, administratie en collectivisatie

De samenwerking in het COZ bleef soepel en hartelijk, totdat de Nederlandse Spoorwegen in 1953 een grote kluit in het hondenkamp van de fondsen wierp. Het Zieken- en Ondersteuningfonds werd opgeheven en het NS-personeel werd onder de verplichte verzekering gebracht. De fondsen mochten 120.000 verzekerden onder elkaar verdelen en de Bond van R.K.-Ziekenfondsen rook zielen.¹⁷⁸ Zij zette haar leden aan tot werfacties en werd daarbij gesteund door de katholieke vakbond. De onderlinge fondsen en de CBOZ lieten zich ook niet onbetuigd en nog eenmaal brak er een ouderwetse ruzie uit om de verzekerden. De ziekenfondsen maakten elkaar het leven zuur en de bodes trokken alle registers open om de spoorwegmensen als hun cliëntèle te ronselen.

De Federatie voelde zich door de CBOZ en de katholieke bond bedrogen, omdat zij hadden afgesproken geen ledenwerfacties te beginnen. De Federatie had zich aan deze afspraak gehouden en stapte uit woede op uit het COZ, zij het tijdelijk. De ruzie om het spoorwegpersoneel werd in 1953 al

bijgelegd en de koepelorganisaties bleven achter de schermen samenwerken. Het COZ werd in juli 1955 omgezet in het Gemeenschappelijk Overleg Ziekenfondsen, het GOZ.¹⁷⁹

De Bond van R.K.-Ziekenfondsen en de SAZ hielden zich eerst van het nieuwe overleg afzijdig, want de Federatie, de CBOZ en de Organisatie van Algemene Ziekenfondsen spraken bij de oprichting van het GOZ zelfs over fusie tot een landelijke ziekenfondsorganisatie.¹⁸⁰ De Federatie en de CBOZ waren van mening dat tussen hun organisaties nog maar zo weinig praktische onderlinge verschillen waren, dat fusie tussen de organisaties door deze sanering en de historische ontwikkeling logisch werd, afgezien van de efficiencyvoordelen.¹⁸¹

Zover kwam het nog niet. De KNMG blokkeerde deze fusie poging. De Maatschappij was bang dat door de invloed van de CBOZ de pariteit van de besturen van de Federatiefondsen in gevaar zou komen en de positie van de medewerkers zou worden verzwakt.¹⁸² Een tweede grote angst van de artsenorganisatie was een te grote invloed van de overheid op de nieuwe ziekenfondsorganisatie.¹⁸³

Verder werd bij de fusie ook gesproken over de vrijheid van de fondsen tot het aantrekken van medewerkers in loondienst. Dit zou de positie van de medewerkersorganisatie bij de onderhandelingen over de overeenkomsten sterk verzwakken en eigen instellingen waren voor de artsen en apothekers nog steeds vloeken in de kerk. De KNMG had weliswaar geen eigendomsrechten meer op de Federatiefondsen, maar was nog machtig genoeg om beslissingen te beïnvloeden en hield de fusie tegen. Unificatie was dus ook in 1956 nog niet mogelijk.

De belangrijkste taken van het COZ en het GOZ waren het bespreken van onderlinge problemen, het onderhandelen over de landelijke medewerkersovereenkomsten en het verzamelen van statistische gegevens. De fondsen en hun organisaties beseften dat zij bij de landelijke contractonderhandelingen gezamenlijk sterker zouden staan tegenover de medewerkersorganisaties als de KNMP en de KNMG. Uiteindelijk gooiden de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en de SAZ hun bezwaren tegen het GOZ overboord en traden op 1 april 1964 tot het GOZ toe.

Het praktisch werk van het GOZ werd in 1956 ondergebracht bij het Gemeenschappelijk Bureau Ziekenfondsorganisaties, het GBZ.¹⁸⁴ Dit bureau zorgde voor alle adviezen, rapporten en statistieken voor de ziekenfondsverzekering. In 1967 werd de Stichting Centrale Begeleidings Commissie voor Medische Controle of CBC opgericht. Deze commissie adviseerde de ziekenfondsen bij de instelling van uniforme medische controles en stond de adviserend geneeskundigen van de fondsen bij.

De automatisering van de ziekenfondsadministratie werd vanaf 1970 steeds belangrijker. De GOZ-Stichting Organisatie en Automatisering, de SOAZ, uit 1971 was bedoeld om bij de ziekenfondsen een landelijke afstemming te krijgen voor de aanschaf van automatiseringsapparatuur en de ontwikkeling van automatiseringssystemen. Naast de SOAZ werd het Landelijk Informatie-Systeem voor Ziekenfondsen ingericht voor gegevensoverzichten voor de intramurale en medisch-specialistische sector. De automatisering van een aantal ziekenfondsen in Midden-Nederland werd onder de hoede van de SOAZ in 1972 ondergebracht bij het Centrum voor Informatieverwerking van de Nederlandse Spoorwegen in Utrecht. Dit samenwerkingsverband, voornamelijk bestaand uit fondsen uit Utrecht en Amersfoort, heeft tot 1988 bekend gestaan als de CVI-groep.

Met de SOAZ brak de automatisering definitief bij de ziekenfondsen door. Het was de tijd van de grote batchverwerking van de verzekerden- en declaratiegegevens op mainframesystemen. De medewerkers van de administraties kregen te maken met het grootschalig verwerken van ponsmutaties en het gebruik van microfiches voor het opzoeken van gegevens. De decimetersdikke en kilo's zware computeruitdraaien werden berucht. Fiches en uitdraaien werden later vervangen door terminals en pc's.

Met het succes van het GOZ, het CBC, de SOAZ en het LISZ werden de schotten tussen de ziekenfondskoepels steeds dunner. Sinds 1970 werd succesvol gesproken en onderhandeld over fusie. Geloofsopvattingen of politieke richting speelden een steeds kleinere rol. De ontzuiling zorgde ervoor dat de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en de SAZ ook tot fusie met de Federatie en de CBOZ bereid waren. In 1971 doken de CBOZ en de Bond van R.K.-Ziekenfondsen als organisaties van onderling beheerde fondsen het eerst in het diepe met hun fusie tot de Unie van Ziekenfondsen. De Unie stond onder leiding van J.P.M. Hendriks, de voorzitter van de katholieke ziekenfondsenbond en J. Anbeek, directeur van het ANOZ en voorzitter van het CBOZ.¹⁸⁵

De volgende, totale fusie deed zich voor op 22 september 1976 met de samenvoeging van de Unie en de overgebleven organisaties tot de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, de VNZ. De aanleiding was de Structuurnota Gezondheidszorg van Hendriks uit 1974. Hendriks, voor het kabinet-Den Uyl aangetrokken als staatssecretaris van Volksgezondheid, sprak zich in deze nota uit voor indeling van de gezondheidszorg en de ziekenfondsverzekering in regio's, die ieder minimaal 200.000 verzekerden groot zouden moeten zijn. De concentratie van ziekenfondsen zou versterkt worden, want

het werd uitgesloten dat er in werkgebieden meer ziekenfondsen actief zouden mogen zijn. Deze regionalisatie maakte dat één landelijke ziekenfondskoepel voldoende zou zijn voor de belangenbehartiging van alle ziekenfondsen.

De collectivisatie van de ziekenfondsorganisaties was daarmee volkomen. In 1956 kon de KNMG nog een machtswoord spreken en haar wil opleggen, in 1976 bepaalden de ziekenfondsen en hun organisaties zelf wat zij wilden. Het emancipatieproces van de ziekenfondsen tegenover de artsen en hun organisatie was voltooid en tussen de ziekenfondsen zelf bestonden nauwelijks verschillen meer. Dit proces werd versneld door de regelgeving van de overheid, waardoor de fondsen zich praktisch niet meer van elkaar konden onderscheiden en de verzekerde bij ieder fonds dezelfde verzekering genoot. De katholieke ziekenfondsen hadden door de ontzuiling steeds minder bestaansrecht gekregen en de zin van de ideologische strijd tussen de onderling beheerde fondsen en de Federatiefondsen was verdwenen door de emancipatie van de verzekerden in de besturen van de voormalige Maatschappijfondsen.

De concentratie van de fondsen kon verdergaan met de inrichting van regionale werkgebieden, een doelstelling die ook door de VNZ gepropageerd werd. De ideeën uit het Unificatierapport, de opvattingen van Van der Does en alle andere visies over concentratie zouden uiteindelijk kunnen uitkomen. Zeker in Midden-Nederland.

Overheidsbeleid en gezondheidszorg sinds 1974; regionalisatie- en concentratiegedachten

Hendriks had tijdens de formatie van het kabinet-Den Uyl in 1973 zijn plannen voor de gezondheidszorg duidelijk gemaakt. Deze bestonden uit de invoering van een volksverzekering tegen ziektekosten, afremming van de groei van de ziekenhuisverpleging en het uittrekken van meer geld voor de eerstelijnsgezondheidszorg.¹⁸⁶

De ideeën waren goed, maar Hendriks kreeg nul op het rekest. Zijn plannen tot vermindering van het aantal bedden en een personeelsstop bij de ziekenhuizen riepen zo veel protesten en demonstraties op, dat deze voorlopig in de ijskast verdwenen. Zijn volksverzekering kwam er niet omdat hij in het kabinet verschil van mening kreeg met de minister van Financiën, Duisenberg. Deze vond Hendriks' berekeningen onvolledig en hij wilde dat de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg kon worden beheerst, voordat over een volksverzekering gesproken werd. Voor deze beheersing was een pakket wetten nodig, bestaande uit een Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en een Tarievenwet.¹⁸⁷

Beheersing en herstructurering van de gezondheidszorg kregen nu in de politiek prioriteit en de beleidslijnen daarvoor werden geformuleerd in de Structuurnota. Deze wordt beschouwd als de eerste nota van de Nederlandse overheid, gericht op een samenhangend beleid voor de hele gezondheidszorg.¹⁸⁸ De nota sloot aan op de politieke visie uit de jaren zeventig, waarin de overheid door wetgeving en uitbreiding van de taken van overheidsdiensten haar werkzaamheid op particulier terrein ten koste van het hele maatschappelijk middenveld trachtte uit te breiden. De stijgende kosten van de gezondheidszorg moesten worden beheerst als deel van de maatregelen om de tekorten op de overheidsbegrotingen terug te dringen.

De rol van de overheid zou worden versterkt ten koste van die van de organisaties van het maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg als de belangenorganisaties van de ziekenhuizen, de medewerkers en de ziekenfondsen. De overheid diende de algemene lijnen en normen binnen de gezondheidszorg vast te stellen en de groei van de voorzieningen, van de instellingen en van de beroepsbeoefenaren zou volgens een planningsregime moeten worden beheerst. De invloed van de overheid op overeenkomsten tussen de ziekenfondsen en medewerkers zou moeten worden vergroot voor een betere controle op de prijsvorming. De gezondheidszorg diende daarom te worden georganiseerd in regionale zorgstelsels met twee echelons: de eerste lijn met de huisarts als centrale figuur en de tweede lijn met de instellingen voor specialistische zorg. Deze indeling zou de kosten beheersbaar houden, doelmatiger maken en zou beter zijn voor de patiënt. De patiënt kon door de inrichting van de eerste lijn een betere zorg dichterbij huis geboden worden.

Regionalisatie van de organisatie, van de uitvoering en van de verzekering van de gezondheidszorg was geen nieuw thema. Het was een van de uitgangspunten van het Unificatierapport en Van der Does was hiervoor tijdens de bezetting een warm pleitbezorger. Voor de ziekenfondsverzekering met haar werkgebieden was regionalisatie eigenlijk een vanzelfsprekend gegeven. In de vijftiger jaren werd voortdurend gedebatteerd over de vorming van districten voor de gezondheidszorg met eigen bevoegdheden en samenvoeging van de fondsen in een regio.¹⁸⁹

De Studiecommissie Ziekenfondsverzekering van de Ziekenfondsraad deelde in 1958 Nederland in in 42 werkgebieden. De criteria voor deze werkgebieden waren de aanwezigheid van medische centra met voldoende specialismen, de bevolkingsconcentratie en de geografische situatie. Binnen een

dergelijk werkgebied zou één ziekenfonds voldoende zijn. De koppeling van verzekering, middelen en voorzieningen op regionaal niveau werd daarna verder uitgewerkt in de jaren zestig en zeventig.¹⁹⁰ De standpunten liepen uiteen van vrijwillige afspraken over de verdeling van ziekenhuisbedden en nazorgregeling na ziekenhuisopname door kruisverenigingen tot volledig overheidsdirigisme voor de hele gezondheidszorg. Bij deze discussies lag de nadruk op de beheersing van de ziekenhuisexpansie door regionale budgetsystemen.¹⁹¹

Concentratie in regio's of werkgebieden werd sinds de presentatie van de Structuurnota een van de hoofdthema's in de discussies over herstructurering van de gezondheidszorg. De voordelen van concentratie zijn duidelijk: betere communicatie, kostenbeheersing en betere spreiding van de voorzieningen.

Het uitvoeren van de concentratie werd vergemakkelijkt door de ontzuiling. De verzuiling had de gezondheidszorg tot in de zestiger jaren verdeeld in confessionele en algemene ziekenhuizen, kruisverenigingen, wijkcentra, tot aan confessionele verenigingen voor jeugd tandzorg toe. De ontzuiling maakte het voor de besturen van deze instellingen gemakkelijker toe te geven dat de kosten van de voorzieningen voor de eigen zuil eigenlijk niet meer op te brengen waren. Samenwerking tussen confessionele en algemene voorzieningen werd mogelijk. Kruisverenigingen werden op plaatselijk en streekniveau samengevoegd. Ziekenhuizen fuseerden en concentreerden zich in efficiëntere nieuwbouw, vaak op gunstiger lokaties.

De concentratietendens werd ook bij de verzekering versterkt. Het regionalisatieproces begon in Twente met de vorming van het Regionaal Ziekenfonds Twente in 1975. De ziekenfondsen in Amsterdam, Utrecht en Rotterdam gingen samen. Fondsen fuseerden op gewestelijk niveau, zoals de Rijnmondfondsen in Schiedam, Vlaardingen en Maassluis met de ziekenfondsen in het Westland en Delft tot DSW. In Friesland en Groningen ontstonden met de Friesland en RZG combinaties van Maatschappijfondsen en onderling beheerde fondsen.

De concentratie en regionalisatie in de gezondheidszorg versnelde na de afkondiging van de Structuurnota en beleefde op 26 mei 1981 een ideologisch hoogtepunt met de aanvaarding door de Tweede Kamer van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, de WVG. Deze wet werd al in 1971 als voorontwerp gepresenteerd, in 1976 ingediend door Hendriks en onder diens diens opvolger E. Veder-Smit uit het kabinet-Van Agt 2 door de Tweede Kamer geaccepteerd.

De WVG was bedoeld om de overheid de ontwikkelingen in de gezondheidszorg op de lange termijn beter te laten beheersen door regionale planning. De provincies en de gemeentes kregen de taak in hun gebied een planning van de gezondheidsvoorzieningen op te stellen. Deze planning moest dan worden afgestemd op een rijksplan. Volgens de WVG zou de overheid kunnen gaan werken aan een vestigingsbeleid voor de beroepsbeoefenaren door met een vergunningenstelsel de omvang en de spreiding van de praktijken te reguleren. Democratisering van de gezondheidszorg was naast planning een belangrijk onderdeel van de Wet. Patiëntenraden zouden moeten worden opgericht en het klachtenrecht werd uitgebreid.

De WVG werd geen succes. In 1987 werd met de invoering van de Wet gestopt. Zij zou een grote groei van de overheidsinvloed ten koste van de autonomie van het maatschappelijk middenveld tot gevolg hebben, terwijl deze visie in het maatschappelijk denken juist op haar retour was. De algemeen secretaris van de VNZ, De Vries, waarschuwde in 1980 al voor verregaande bureaucratie.¹⁹² *Integrale planning van de gehele gezondheidszorg met veel decentralisatie* bleek in 1987 ingewikkeld, te omvangrijk en achterhaald.¹⁹³ De politieke en publieke opinie zouden in de volgende jaren de voorkeur geven aan andere opvattingen om greep te houden op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Kostenbeheersing door het maatschappelijk middenveld of door de overheid?

De pogingen van de overheid om greep te krijgen op de prijsvorming in de gezondheidszorg werden na de introductie van de Structuurnota versterkt, maar de overheid beschikte al sinds 1949 met de Ziekenfondsraad over een instelling om de tarieven te reguleren. Deze werden tussen de ziekenfondsorganisaties en de zorgaanbieders besproken en vastgelegd in de overeenkomsten. De Ziekenfondsraad moest deze contracten goedkeuren, maar dit recht werd nooit gebruikt als kostenbeheersingsinstrument. De ziekenfondsen kregen hun uitgaven volledig uit de centrale kas vergoed en maakten zich niet al te druk over de kosten. De tarieven lagen meestal in de buurt van de wensen van de zorgaanbieders.¹⁹⁴ De eerste poging tot kostenbeheersing kwam desondanks toch uit het maatschappelijk middenveld en werd gedaan door de ziekenfondsen en de ziekenhuizen, niet door de overheid.

De kostenstijging in de ziekenhuissector was voor de ziekenfondsen, samenwerkend in het GOZ, en de Stichting Het Nederlands Ziekenhuiswezen in 1960 aanleiding om te proberen een gedragslijn op te stellen voor verbetering en stroomlijning van hun relatie. Dit gold met name voor het in onderling overleg vaststellen van de verpleegtarieven.¹⁹⁵ De ziekenfondsen streefden naar beheersing van de kosten van de ziekenhuisverpleging om de tekorten bij de vrijwillige verzekering terug te dringen. Op 21 maart 1961 werd een overlegcommissie geïnstalleerd voor het ontwerpen van richtlijnen voor plaatselijk overleg voor deze tarieven. Het uiteindelijke resultaat van de besprekingen werd op 20 november gepresenteerd.

De ziekenfondsen- en ziekenhuisorganisaties stelden een Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven voor. Dit COZ zou verantwoordelijk moeten zijn voor het vaststellen van richtlijnen voor de berekening van verpleegtarieven en de in onderling overleg afgesproken verpleegprijzen moeten toetsen. Dit orgaan zou verpleegprijzen arbitrair moeten opleggen als dit overleg zou mislukken. Het bestuur van het COZ zou moeten bestaan uit *een pariteit van vijf tegen vijf* met drie onafhankelijke deskundigen.¹⁹⁶ Natuurlijk moest over deze pariteit nog wat worden geruzied, want de betrokken organisaties, verzuilde en niet-verzuilde, wilden allemaal een eigen vertegenwoordiger. De gemoederen werden gesust door het verdubbelen van het aantal bestuurszetels. Veldkamp, de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, stemde met het initiatief in en deelde mee dat hij de regeling zou bekrachtigen met een wet. De stichtingsacte van het COZ werd op 20 september 1962 notarieel verleden.

Het COZ was een initiatief van het maatschappelijk middenveld, waarin zou worden deelgenomen door de overheid. Het was een landelijke commissie die niet alleen bestond uit de ziekenhuizen en de ziekenfondsen, maar waarin ook drie zetels voor de particuliere ziektekostenverzekeraars waren gereserveerd. Dit was nieuw. De ziektekostenverzekeraars werden bij het COZ betrokken, omdat de kostenbeoordeling en de tariefstelling betrekking zouden hebben op de totale kosten van de ziekenhuisverpleging, ook die van de niet-ziekenfondsverzekerden. De verzekeraars hadden via het KLOZ zelf om deelname gevraagd.¹⁹⁷

De start van het COZ was moeizaam. De Kamerbehandeling van de Wet Ziekenhuistarieven duurde lang, waardoor in november 1964 werd besloten om alvast met de opbouw van het bureau te beginnen. Bij het vaststellen van nieuwe verpleegtarieven hield men zich aan door het ministerie gehanteerde richtlijnen. De ziekenfondsen en de ziekenhuizen tekenden na goedkeuring door de Ziekenfondsraad in augustus 1965 een nieuwe modelovereenkomst, die als richtlijn voor de tariefstelling bij de plaatselijke contracten zou dienen. Het COZ kreeg op 25 mei 1965 erkenning met de aanvaarding van de Wet Ziekenhuistarieven. Het eerste landelijke tarieforgaan werd nu ook erkend door de overheid.

Het COZ mocht zich uitsluitend bemoeien met de intramurale tarieven, zoals ziekenhuisverpleging, verpleging van chronisch zieken en ambulancevervoer. In 1973 wist het de instellingen te overtuigen van het nut van besparingen en kon een tariefsverlaging worden doorgevoerd.¹⁹⁸ Het COZ kon echter geen invloed uitoefenen op de kostenbeheersing van de hele gezondheidszorg en in de jaarverslagen werd herhaaldelijk aangedrongen op een actievere rol van de overheid, die de financiële grenzen van de zorg moest aangeven. De overheid moest voor een werkelijke kostenbeheersing de nadruk leggen op *capaciteitsbeheersing, de bepaling van het niveau van de zorg en normering van het medisch handelen*.¹⁹⁹ Dit was een noodkreet uit 1974 waarvan de strekking ook in 1997 nog geldt!

Pas in 1977 kwam Volksgezondheid met het eerste Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg, het FOG, als bijlage bij de begroting van Volksgezondheid. Dit FOG, later Financieel Overzicht Zorg, FOZ, zou op den duur de kostennormen voor de zorg aangeven. In 1979 werden de COZ-tarieven getoetst aan het FOG. Met deze toetsingsmethodiek werden nieuwe termen geïntroduceerd als herallocatie en beheersing van de volumegroei.²⁰⁰ De rol van economen en bedrijfskundigen werd voor de gezondheidszorg steeds belangrijker.

Het COZ functioneerde goed, maar de politiek wilde de controle op de tarieven uitbreiden tot de hele gezondheidszorg. Staatssecretaris E. Veder-Smit diende in 1979 de Wet Tarieven Gezondheidszorg in, de WTG. Het COZ werd volgens deze wet in 1982 vervangen door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, waardoor de invloed van de overheid op de tarieven werd vergroot en de directe invloed van de koepelorganisaties werd verminderd.

Het COTG kreeg in 1982 de opdracht alle tarieven in de gezondheidszorg vast te stellen en te controleren, niet alleen van de intramurale sector, maar ook van de eerste lijn zoals bij de huisartsen, de farmaceutische en tandheelkundige zorg.²⁰¹ Het bestuur van dit orgaan werd zodanig ingericht, dat het geen statutaire bindingen had met ziekenhuis- of ziekenfondsorganisaties.²⁰² De bestuursleden konden wel afkomstig zijn uit organisaties uit de gezondheidszorg, maar zij mochten vanaf het moment van intreden in het college geen rechtstreekse bindingen meer hebben met deze organisaties.²⁰³ Bij het bestuur van het oude COZ was deze vertegenwoordiging juist regel.

De vaststelling van en de controle op de tarieven in de gezondheidszorg werd door de instelling van het COTG losgekoppeld van de onderhandelingen tussen de verzekeraars en de zorgaanbieders. De relatie artsen-ziekenfondsen veranderde, omdat zij als maatschappelijk middenveld een deel van hun bevoegdheden aan de overheid moesten afstaan. De Ziekenfondsraad verloor ook een deel van zijn macht. De raad moest de modelovereenkomsten nog wel goedkeuren, maar de eindbeslissing over de honoraria en de tarieven lag in het vervolg bij het COTG.

De ziekenfondsen en de zorgaanbieders richtten zich in het vervolg naar de COTG-richtlijnen. Het COTG kon minimum- en maximumtarieven voorschrijven, maar in de praktijk kwam het erop neer dat de maximumtarieven werden gehanteerd. De voorschriften van het COTG boden ruimte voor differentiatie in de prijsstelling voor de gezondheidszorg, maar deze werd niet gebruikt door het ontbreken van prikkels. De overheid introduceerde daarom op initiatief van mevrouw M.H.M.F. Gardeniers-Berendsen, minister van Volksgezondheid in het kabinet-Van Agt 2, in 1982 als kostenbeheersingsmethodiek de budgettering in de gezondheidszorg.²⁰⁴ De academische en algemene ziekenhuizen kregen voor ieder begrotingsjaar een beperkt budget toegewezen, dat zij naar eigen inzicht konden gebruiken.

Concentratiebeleid, regeling van de ziekteverzekering, regionalisatie, budgettering en tariefstelling zijn middelen om vraag, aanbod en kwaliteit in de gezondheidszorg te controleren. De kleine stelselwijziging van de WTZ was een adhoc bezuinigingsmaatregel. De in de jaren '80 beruchte receptenknaak en het specialistengeeltje zijn eveneens voorbeelden van dit soort incidentele maatregelen als pogingen tot het invoeren van eigen bijdragen bij de geneesmiddelenverstrekking en specialistische hulp. Zij bezorgden de ziekenfondsen, de apothekers en de specialisten veel administratieve rompslomp en verdwenen uiteindelijk weer. De WVG was in 1987 ingetrokken, omdat totale planning van de gezondheidszorg als niet uitvoerbaar werd gezien. Politiek en maatschappij wilden een administratieve en financiële reorganisatie van de hele gezondheidszorg, waardoor deze nog beter bereikbaar zou zijn, meer effect zou sorteren en betaalbaar moest blijven. De ontwikkelingen rond de Grote Stelselwijziging stonden voor de deur.

De Grote Stelselherziening; Dekker en weer terug?

Het eerste rapport dat de aanzet tot deze veranderingen zou moeten geven kwam van de commissie *Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, de Commissie-Dekker, in maart 1987.²⁰⁵ De basisprincipes van dit rapport beïnvloedden tot op de huidige dag de discussies over en de wijzigingen van de financiering van de zorg, de werking van de zorgverzekering en daardoor de relatie artsen-ziekenfondsen. Zij zijn gebaseerd op de toenmalige politieke visies van de terugtrekkende overheid met deregulering, decentralisatie en privatisering, meer zelfstandigheid van de burger, beperking van de overheidsuitgaven en bezuiniging op de sociale zekerheid.

Deze principes zijn een basisverzekering met een aanvullend pakket, gefinancierd door procentuele en aanvullende nominale premies, te verdelen via een centrale kas, geen verschil tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering, maar wel eigen bijdrages en eigen risico's in het basispakket. Verstrekkingen als tandheelkunde en fysiotherapie zouden buiten het basispakket vallen en kunnen worden bijverzekerd. Het schot tussen de particuliere ziektekostenverzekering en de verplichte verzekering zou moeten verdwijnen. De ziekenfondsen kregen de vrijheid zelf hun werkgebied te vast te stellen, terwijl de verzekerden op hun beurt vrij werden in de keuze van het ziekenfonds. *Prikkels tot marktgericht gedrag en het vergroten van vrijheden en keuzemogelijkheden* moesten het stelsel van de gezondheidszorg doelmatiger en flexibeler maken.²⁰⁶ De ziekenfondsen zouden drie instrumenten moeten krijgen om dit te bereiken:²⁰⁷

- opheffing van de contracteerplicht en het recht op eigen voorwaarden overeenkomsten te sluiten met *preferente zorgverleners*;²⁰⁸

- het recht voor de inrichting van eigen instellingen en de aanstelling van medewerkers in loondienstverband door de opheffing van de wettelijke scheiding verzekeraar-zorgaanbieder;

- de mogelijkheid van substitutie, het vervangen van een zorgvorm door een andere als deze effectiever en goedkoper is.

Het vervallen van de contracteerplicht, de vrijheid van werkgebied en het recht op eigen instellingen vormden een breuk met de traditie van het Ziekenfondsenbesluit en zou de relatie artsen-ziekenfondsen drastisch kunnen veranderen.

Dekker stelde dat zijn ideeën in zijn geheel overgenomen moesten worden, anders zouden zij geen effect sorteren. Naar goede oude ziekenfondswettraditie gebeurde dit dus niet, want de meningen van de betrokken partijen waren verdeeld. De politiek vond dat zij zelf kon uitmaken wat zij met het plan-Dekker moest doen. Lubbers en de staatssecretaris van Volksgezondheid D.J.D. Dees wilden het

rapport gebruiken om de patstelling in de gezondheidszorg en de ziekenfondsverzekering te doorbreken. De apothekers, de fysiotherapeuten en de tandartsen keurden de voorstellen zonder meer af. De VNZ stemde in. De meeste ziekenfondsen waren niet direct afwijzend, zij lonkten naar een nauwere samenwerking met hun bovenbouw.²⁰⁹ Sommige verzekeraars als het AZIVO waren wel tegen. Zij vonden te weinig solidariteit in het plan-Dekker terug, het oude principe van de ziekenfondsverzekering.

Dees en zijn opvolger Simons voerden de volgende jaren onderdelen uit het plan-Dekker aangepast door. Verstrekkingen uit het ziekenfondspakket werden overgeheveld naar de AWBZ, die tot de nieuwe basisverzekering zou kunnen worden uitgebouwd. Op 1 januari 1989 werd de Ziekenfondswet uitgebreid met een nominale premie en de ziekenfondsen kregen een beperkte budgettering opgelegd. De uitvoeringsstructuur van de AWBZ werd aangepast doordat ziektekostenverzekeraars ook Verbindingskantoor werden. De AWBZ werd aangevuld met psychiatrie en hulpmiddelen.

De overheveling van verstrekkingen van de Ziekenfondswet naar de AWBZ moest een aantoonbare bijdrage aan de kostenbeheersing leveren.²¹⁰ Verplicht en particulier verzekerden zouden daarbij een gelijk aandeel moeten leveren. Simons probeerde in 1991 huisartsenhulp en kraamzorg in de AWBZ onder te brengen, maar door tegenwerking van de Eerste Kamer moest hij daarvan afzien. De geneesmiddelenverstrekking werd voor particulier en ziekenfondsverzekerden door de overheveling naar de AWBZ wel gelijkgeschakeld en in het vervolg vergoed via het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem, GVS. De kosten van de receptuur bleven ondanks het GVS stijgen.

De nominale premie voor de Ziekenfondswet was in 1989 landelijk uniform. Vanaf 1991 konden de fondsen deze zelf vaststellen. Zij werden ook geconfronteerd met genormeerde budgetten en de mogelijkheid tot financiële risico's in hun beheerskosten. Deze risico's zouden moeten worden gedekt met de opbrengst van de nominale premies en werden steeds groter. De fondsen konden in het vervolg reserves vormen. 1991 was ook het jaar van de afschaffing van de contracteerplicht voor vrije beroepsbeoefenaren, de opheffing van de verplichte werkgebieden en een grotere vrijheid van de verzekerden in zijn keuze van het ziekenfonds.

Bij de AWBZ werd ook een nominale premie ingevoerd. De invoering van een eigen risico werd mogelijk gemaakt. De verzekeraars werden voor deze wet gebudgetteerd en de AWBZ-contracteerplicht voor de vrije beroepsbeoefenaren, de hulpmiddelen en de revalidatie werd net als voor de ziekenfondsverzekering afgeschaft.

In 1992 werden de ontwikkelingen door de politiek geëvalueerd. Het kabinet-Lubbers 3 besloot pas op de plaats te maken en de knelpunten van de ontwikkelingen te bekijken. Het kabinet vond dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorgverlening berustte bij de besturen en directies van de zorginstellingen en de vrije beroepsbeoefenaren.²¹¹ De zorgverzekeraars moesten zorgen voor volume en spreiding van de zorg, terwijl de overheid zichzelf verantwoordelijk stelde voor de toegankelijkheid. Het stelsel moest gebaseerd blijven op solidariteit. Verzekerden, zorgaanbieders en verzekeraars hadden ieder hun verantwoordelijkheid bij het realiseren van kostenbesparingen.

In een brief van 8 juni 1993 aan de Tweede Kamer twijfelde de regering of het gebruik van de AWBZ wel de manier was om een basisverzekering te realiseren. Zij wilde eerst de uitwerking van budgettering bestuderen en streven naar het invoeren van *meer prikkels voor gepast gebruik*, zoals eigen bijdragen en polissen met eigen risico's.²¹² Dit wilde de regering bereiken door verstrekkingen uit de verplichte verzekering te lichten en ter verzekering aan de fondsen zelf over te laten. De tandheelkundige verzorging werd voor de verplicht verzekerden met ingang van 1 januari 1994 beperkt tot controle en jeugd tandzorg. Hun ziekenfondsen boden hen daarvoor speciale polissen of breidden hun aanvullende verzekeringen uit. Hetzelfde gebeurde in januari 1997 met fysiotherapie.

Het kabinet-Kok, aangetreden in 1994, zag uiteindelijk af van plannen tot grootschalige stelselherzieningen. De coalitiepartners, de PvdA, de VVD en D'66, besloten tot verbetering en aanpassing van het bestaande stelsel.²¹³ Zij waren van mening dat dit goed functioneerde en naar Europese maatstaven toch niet te duur was. De principes voor het beleid van dit kabinet waren een nieuw evenwicht tussen collectieve en individuele verantwoordelijkheden, grotere financiële verantwoordelijkheden voor verzekeraars, zorgaanbieders en de verzekerden en een geleidelijke convergentie of samensmelting van de ziekenfondsverzekering en de ziektekostenverzekering.

E. Borst-Eilers, de minister van Volksgezondheid, ging in de vorm van een stap-voor-stap politiek door met ontwikkelingen van de voorgaande jaren, maar maakte veranderingen ook weer ongedaan.²¹⁴ Het kabinet besloot tot de invoering van een verplicht eigen risico voor ziekenfondsverzekerden en particulieren van f 200. De overhevelingen van Simons en Dees van de Ziekenfondswet naar de AWBZ werden weer teruggedraaid. Farmaceutische hulp, revalidatie, hulpmiddelen, audiologische hulp en erfelijkheidsonderzoek zitten vanaf 1 januari 1996 weer in het verstrekkingenpakket van de

Ziekenfondswet. De contracteervrijheid, de vrijheid van de keuze van werkgebied en de financiële verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars werden gehandhaafd als elementen, die een beperkte marktwerking in de zorgsector moeten brengen.

Marktwerking, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, 1987-1996; succes of een dode mus?

De zorginstellingen, beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars zijn onder invloed van de beperkte marktwerking gaan denken in termen van ondernemerschap. Dit ondernemerschap komt bij de zorgverzekeraars tot uiting door het zelf aanbieden van verzekeringen ter dekking van de verstrekkingen, die niet meer door de Ziekenfondswet worden vergoed. Sinds 1988 zijn vele ziekenfondsen gefuseerd of strategische samenwerkingsverbanden aangegaan met verzekeringsmaatschappijen. Bekende voorbeelden van fusies zijn die van de Brabantse en Zeeuwse fondsen tot de OZ-groep en de CZ-groep, de fusie van het RZMN en A&O tot het latere ANOVA en de vorming van de AGA/ANOZ-groep. Samenwerkingsverbanden met verzekeringsmaatschappijen zijn de vorming van de UNIVÉ en het GEOVÉ, de fusies van het Zilveren Kruis met Centraal Beheer en een fonds als het vroegere SZR, de samenwerking tussen ANOVA en de UAP en van DSW met Stad Rotterdam Verzekeringen. Verzekeringsmaatschappijen als de OHRA, het Zilveren Kruis en Nationale-Nederlanden richtten zelf ziekenfondsen op, soms in samenwerking met bestaande ziekenfondsen.

De ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars zijn na 1987 door deze samenwerking al begonnen met een kleine convergentie als voorloper op de door minister Borst-Eilers gewenste grote convergentie, de samenvoeging van ziektekosten- en ziekenfondsverzekering. Na 1945 was de relatie tussen de ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars gegroeid door de oprichting van de bovenbouwverzekeringen en de samenwerking in de KLOZ en de NOZ. De VNZ en de KLOZ gingen in 1994 op in de nieuwe brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland, ZN: de definitieve bezegeling van de samenwerking tussen ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen, waardoor beide ziekteverzekeringvormen kunnen worden benoemd met de term zorgverzekering, uitgevoerd door zorgverzekeraars. Het oude begrip ziekenfondsen is aan het verdwijnen.

Deze relatie werd door deze fusies en nieuwe aanvullende verzekeringen nog sterker als teken van de verzakelijking van de zorgverzekeraars. De verandering van de ziekenfondsverzekering in zorgverzekering werd versterkt door de nieuwe collectieve verzekeringscontracten, die de samenwerkende zorgverzekeraars aan werkgevers aanboden. Bij deze collectieve contracten werd de dekking van de ziekenfondsverzekering door aanvullende verzekeringen vrijwel aan die van de particuliere verzekering gelijkgesteld. Deze contracten boden groepen goede risico's verzekeringen tegen lagere premies, terwijl verzekerden uit andere risicogroepen hogere premies betaalden. De solidariteit van de ziekenfondsverzekering wordt door deze verzakelijking doorbroken, de ziekenfondsen als afzonderlijke sector zijn sinds 1987 aan het verdwijnen. Dit is in tegenstelling tot de opvattingen van staatssecretaris Van der Reijden uit de tijd van de WTZ, die in 1986 ziekenfonds- en particuliere ziektekostenverzekering nog strict gescheiden wilde houden.

De concurrentie tussen de zorgverzekeraars bleef ondanks de vrijheid van werkgebied, de opheffing van de contracteerplicht en de groeiende eigen financiële verantwoordelijkheid beperkt. De Ziekenfondsraad constateerde in 1995 dat de zorgverzekeraars tegen de zorgaanbieders onvoldoende vuist konden maken, zelfs in de voormalige werkgebieden.²¹⁵ De tarieven in de contracten met de beroepsbeoefenaren kwamen ondanks de contracteervrijheid nergens beneden het COTG-maximumtarief. Er was geen concurrentie en dus geen prijzenslag.²¹⁶ De zorgaanbieders richtten zich op het behoud van hun positie en hadden zich daarvoor georganiseerd. De zorgverzekeraars hadden evenwel geen of weinig mogelijkheden tot substitutie. Huisartsenzorg, specialistische hulp of tandheelkundige zorg konden niet door andere vormen van zorg worden vervangen en zorgverzekeraars bleven gedwongen tot de aanvaarding van de voorwaarden van de medewerkersorganisaties bij de contractonderhandelingen.

De Ziekenfondsraad en de overheid waren het met elkaar eens dat moest worden voorkomen dat *partijen de publiekrechtelijk geschapen vrijheid langs private weg beperken*.²¹⁷ De koepelorganisaties van zorgaanbieders en -verzekeraars zorgden in hun onderhandelingen voor een sluitend stelsel van medewerkersovereenkomsten, waardoor onderlinge mededinging werd beperkt.

Zorgverzekeraars Nederland klaagde als verzekeraarskoepel dat de prijsvorming en de capaciteit in de zorg nog altijd centraal werden vastgesteld en gereguleerd via het COTG.²¹⁸ Zij stelde wel vraagtekens bij de praktische waarde van contracteren bij landelijk werkende verzekeraars. De bestaande manier van regulering bood voldoende zekerheden voor de verzekerden dat zij de wettelijk voorgeschreven zorg kregen. Deze verzekeraars hadden logistieke problemen met het afsluiten van individuele

medewerkersovereenkomsten in het kader van de landelijke overeenkomsten. Het systeem werkte het beste bij de zorgverzekeraars, die in hun vroegere werkgebied actief bleven.²¹⁹

Het overeenkomstenstelsel bood na de opheffing van de contracteerplicht niet de kostenbesparende zegeningen van de marktwerking, die de Ziekenfondsraad en de overheid zich hadden voorgesteld. Het wettelijk uitgangspunt van het stelsel bleef en blijft dat zorg uitsluitend ten laste van de centrale kassen van de Ziekenfondswet en de AWBZ kan worden verleend op basis van schriftelijke medewerkersovereenkomsten, waarin afspraken over kwaliteit, volume en doelmatigheid van de zorg zijn vastgelegd. De marktwerking had wel effect op de verzakelijking van de zorgverzekeraars en de uitvoering van de zorgverzekering zelf.

Artsen, ziekenfondsen, overheid en het beleid in de gezondheidszorg na 1945; een evaluatie

De verhouding artsen-ziekenfondsen wordt na 1945 mede bepaald door de vrijheid die de overheid hun gunde bij de vaststelling en uitvoering van hun eigen beleid als spelers op het maatschappelijk middenveld. De periode 1945-1996 kent drie periodes:

- 1945-1974: de tijd, waarin de overheid de artsen en de fondsen in hun relatie en bij de ontwikkeling van eigen beleid min of meer vrijliet en nog niet uitging van een samenhangend beleid voor de hele gezondheidszorg;

- 1974-1987; de periode waarin de overheid voor zichzelf een centrale rol opeiste, streefde naar planning en beheersing van de ontwikkeling van de gezondheidszorg en een betere controle op de prijsvorming. De vrijere rol van de ziekenfondsen en zorgaanbieders als leden van het maatschappelijk middenveld werd teruggedrongen;

- 1987-1996; het tijdvak, waarin de overheid en het maatschappelijk middenveld zoeken naar een nieuw evenwicht tussen meer verantwoordelijkheid en zelfstandigheid voor de ziekenfondsen, de zorgaanbieders en hun belangenorganisaties en de controlerende en regelgevende rol van de overheid; 1945-1974 was de bloeitijd van de ziekenfondsorganisaties. De status van de ziekenfondsen bleef na 1945 die van uitvoeringsorgaan, maar zij behielden hun identiteit als verzuild, onderling beheerd, Maatschappijfonds of andersoortig en zij profileerden zich met hun eigen koepelorganisaties. De overheid liet de fondsen en hun organisaties de vrijheid tot samenwerking in het COZ en het GOZ voor gemeenschappelijke belangenbehartiging, administratieve taken, informatie-uitwisseling en collectieve onderhandelingen met de zorgaanbieders. De fondsen leverden door hun koepelvorming en COZ- en GOZ-samenwerking veel van hun oude taken als zelfstandige instellingen in. De collectivisatie werd daardoor versterkt met als voorlopig hoogtepunt de vorming van de VNZ in 1976. De eerste pogingen om de kosten in de gezondheidszorg te beheersen werden genomen door het maatschappelijk middenveld. Het GOZ en de Stichting Het Nederlands Ziekenhuiswezen namen in 1960 het voortouw bij de oprichting van het eerste landelijk werkende tarieforgaan, een initiatief dat door de overheid werd overgenomen en ontwikkeld werd tot het COTG.

Twee ontwikkelingen betekenden in deze periode een breuk met het verleden. De KNMG stond haar macht over de ziekenfondsen af en de verzuiling verloor haar invloed. De bijzondere relatie van de artsen en hun fondsen als KNMG en Federatie V.M.Z. werd beëindigd door de ontwikkelingen onder het Ziekenfondsenbesluit en de bestuurlijke ontwikkelingen bij de artsenorganisatie. De artsen vormden voor de fondsen nog steeds de belangrijkste groep medewerkers, maar zij moesten hun leidende status in het ziekenfondsbestel opgeven. De verzuiling verloor voor het landelijk niveau als beïnvloedende factor op de relatie artsen-ziekenfondsen haar betekenis door de ontzuiling en de collectivisatie van de ziekenfondsorganisaties.

De Structuurnota Gezondheidszorg markeert 1974 als het begin van de periode, waarin de overheid verzekering en gezondheidszorg als een geheel beschouwde. De ziekenfondsverzekering werd niet alleen als onderdeel van de sociale verzekeringswetgeving gezien, maar samen met instrumenten als concentratiebeleid, regionalisatie, budgettering en tariefstelling als middel gebruikt om vraag, aanbod en kwaliteit in de gezondheidszorg te controleren. De overheid bleek niet in staat de gezondheidszorg volledig te kunnen plannen en sturen. Kostenbeheersing werd steeds meer centraal gesteld en de reorganisatie van de verzekering werd in samenhang met een tarievenbeleid als een belangrijk instrument gezien.

De ziekenfondsen blijven formeel uitvoeringsorganen van de Ziekenfondswet en de AWBZ, maar sinds 1987 zijn zij met hun koepelorganisatie onder invloed van alle overheidsmaatregelen van karakter veranderd. Hun instelling is verzakelijkt, de oude solidariteitsprincipes werden vervangen door een commerciële houding, samenwerking en fusies met ziektekostenverzekeraars en voorkeur voor het bedrijfsbelang. Het effect van de marktwerking was echter minder groot dan verwacht door het uitblijven van concurrentie tussen de zorgverzekeraars onderling; de koepelorganisaties van de

zorgaanbieders en -verzekeraars beperkten bij de medewerkersovereenkomsten de onderlinge mededinging en de prijsvorming bleef geregeld via het COTG.

De medewerkersovereenkomsten blijven de spil van de relatie zorgverzekeraars-medewerkers, zoals zij dit ook voor 1941 waren. Toen waren zij onderdeel van het stelsel van de plaatselijke collectieve contracten, waarin ziekenfondsen, artsen en apothekers met elkaar afspraken maakten over aspecten als honoraria, rechtsposities en toezicht. De ontwikkeling van dit stelsel is rigoureuus doorbroken met de invoering van de landelijke overeenkomsten na 1945. Hoe ontwikkelde dit stelsel zich na 1945?

3.5 Het overeenkomstenstelsel en de relatie artsen-ziekenfondsen

Het overeenkomstenstelsel na 1945

De plaatselijke overeenkomsten van voor het Ziekenfondsenbesluit bleven tijdens de bezetting gehandhaafd. De honorering van apothekers, huisartsen, specialisten en andere zorgaanbieders werd soms plaatselijk met instemming van het Staatstoezicht aangepast, maar onderhandelen over landelijke overeenkomsten was pas na 1945 mogelijk.²²⁰

Het contractrecht voor de landelijke verplichte ziekenfondsverzekering stond toen nog in de kinderschoenen. De oude ziekenfondscontracten waren tot stand gekomen door onderhandelingen tussen de ziekenfondsen en de zorgaanbieders ter plaatse. Na 1945 moest voor de verplichte verzekering een stelsel voor landelijke contracten worden ontwikkeld met overeenkomsten, op te stellen na onderhandelingen door de landelijke ziekenfondskoepels en organisaties van de zorgaanbieders. Deze overeenkomsten betroffen de rechtspositie en de honoraria of tarieven van de zorgaanbieders bij het aanbieden van hun diensten voor de verplichte verzekering. Het contractstelsel verschoof hiermee definitief van het lokale naar het landelijke niveau.

Het waren eenzijdige overeenkomsten. De ziekenfondsen waren door de contracteerplicht uit het Ziekenfondsenbesluit en na 1966 volgens de Ziekenfondswet gedwongen iedere zorgaanbieder in hun werkgebied een overeenkomst aan te bieden. Zij konden niet selecteren op basis van de kwaliteit van de geboden zorg of aan de hand van de reputatie van de zorgaanbieder. De zorgaanbieders moesten door de ziekenfondsen een contract aangeboden krijgen als zij zich volgens een plaatselijk vestigingsbeleid als gekwalificeerd arts of apotheker mochten vestigen. Concurrentieverhoudingen bestonden niet. Dit kon pas veranderen na de afschaffing van de contracteerplicht op 1 januari 1992.²²¹

De landelijke overeenkomsten waren modelovereenkomsten. De overeenkomst tussen de ziekenfonds en de individuele zorgaanbieder, de medewerkersovereenkomst, was volledig op deze modelovereenkomst gebaseerd. De eerste overeenkomsten werden in 1946 gesloten tussen de samenwerkende ziekenfondsorganisaties en de organisaties voor vroedvrouwen en heilgymnasten-masseurs.²²² In december 1946 werd de eerste modelovereenkomst voor vroedvrouwen in de Staatscourant gepubliceerd, een historische stap voor het ziekenfondswezen. De vroedvrouwen kregen volgens de landelijke richtlijnen in de grote steden *f* 27,50 en elders in het land *f* 22,50 per bevalling. Deze eerste vroedvrouwenovereenkomst zette de teneur die voor alle overeenkomsten zou gelden. Het belangrijkste thema zou altijd de tarieven betreffen. De bedoeling bij het afsluiten van de overeenkomsten was eigenlijk de regeling van de verhouding tussen fonds en medewerker voor de bevordering van *het goed functioneren van een stelsel van ziekenverzorgingsverzekering als het Nederlandse*²²³, maar dit werd belemmerd door de gebondenheid van de contracteerplicht. De vrijheid van onderhandelen was voor de ziekenfondsen immers beperkt.

De medewerkersovereenkomst kreeg een centrale plaats in het systeem van de wettelijke ziektekostenverzekeringen. De verzekerden hebben recht op verstrekkingen in natura. De ziekenfondsen en later de zorgverzekeraars kregen de plicht deze aanspraken te waarborgen door het sluiten van overeenkomsten *met personen en instellingen die verstrekkingen van gezondheidszorg verlenen*.²²⁴ Het systeem van de oude plaatselijke collectieve overeenkomsten kreeg daardoor zijn opvolger in de landelijke modelovereenkomst ten behoeve van individueel af te sluiten medewerkersovereenkomsten.

Het duurde nog wel even voor het zover was. In 1946 moesten eerst voor de belangrijkste groepen medewerkers, de huisartsen, de specialisten en de tandartsen, landelijke honorariumregelingen worden getroffen. Onder het oog van het Staatstoezicht sloten de ziekenfondsen met het Medisch Contact en de NMG gentleman's agreements.²²⁵ Het onderhandelen over het afsluiten van deze accoorden gaf een voorproefje van wat de partijen de komende decennia te wachten stond, namelijk eindeloos heen- en weer gepalaver over percentages, bedragen per ziel, verrekeringen met praktijkgroottes en opbouw van pensioenrechten. Als voorbeelden voor deze toestanden volgt hier de geschiedenis van de verhoudingen tussen de ziekenfondsen en de specialisten en de ziekenfondsen en de huisartsen.

De eerste huisartsenovereenkomst

De LHV en de LSV waren voor de huisartsen en de specialisten de vertegenwoordigende organisaties. De ziekenfondsen, de LSV en de LHV hielden op 18 oktober 1946 hun eerste gemeenschappelijke vergadering voor de contractonderhandelingen.²²⁶ De fondsen boden per 1 januari 1947 *f* 4,25 per ziel voor de niet-apotheekhoudende en *f* 6,75 per jaar voor de apotheekhoudende huisartsen voor de vrijwillige en de verplichte verzekering. De huisartsen zagen hiermee een oud verlangen, de betaling

per ziel en niet per betalende verzekerde, in vervulling gaan. Het oude principe van het abonnementshonorarium bleef onaantastbaar.

Het LHV-bestuur vond deze tarieven te laag, maar stemde onder protest met het voorstel in.²²⁷ Het bestuur beschikte niet over een weerstandskas en was bang om van tegenwerking bij de wederopbouw te worden beschuldigd. De NMG vreesde dat bij het mislukken van deze eerste onderhandelingen de artsen hun recht op medezeggenschap in de reorganisatie van het ziekenfondswezen zouden verliezen. De huisartsen hadden ook moeite met de verhoging van de loongrens voor de ziekenfondsverzekering van f 3.000 naar f 3.750, ingaande 1 januari 1947. Dit was echter een wettelijk voorgeschreven maatregel en verzet daartegen was bij de LHV reglementair niet mogelijk. Bij de door de fondsen voorgestelde tarieven kwam nog 43 cent per ziel als pensioenvoorziening, gebonden aan een maximum aantal zielen van 3.000 per huisarts.²²⁸

Deze eerste overeenkomst legde de principes van de landelijke huisartsenovereenkomsten vast: scheiding van de tarieven voor apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen, handhaving van het traditionele abonnementshonorarium en als novum de landelijke pensioenregeling. Deze overeenkomst was een voorlopige overeenkomst, die steeds opnieuw werd verlengd en aangepast tot de afsluiting van de eerste modelovereenkomst in 1955.

De eerste specialistenovereenkomst: eindelijk een rechtvaardig tariefstelsel?

De onderhandelingen voor de specialistenhonoraria liepen evenmin van een leien dakje. De systemen en tarieven verschilden door de bevrozing van 1941 van plaats tot plaats niet alleen in hoogte, maar ook van specialistenpot tot verrichtingentarief. De LSV probeerde dit probleem op te lossen door in oktober 1946 uit te gaan van abonnementshonoraria van f 4 tot f 5 per ziel, afhankelijk van het plaatselijk aantal specialismen.²²⁹ De specialistenvereniging wilde af van het principe van de specialistenpot, waardoor de specialisten te veel in hun inkomsten werden gekort. Het voorgestelde idee bleek echter te veel op het oude potstelsel te lijken en was nadelig voor de leden die gewend waren per verrichting te worden betaald.

De fondsen en de specialisten kozen voor een tussenoplossing, waarbij alle abonnementshonoraria met 50% werden verhoogd tot een maximum van f 3 per ziel. De honoraria per verrichting werden op een uniform peil gebracht van 90% van het tarief van de Ongevallenwet, gehanteerd door de Rijksverzekeringsbank in 1937.²³⁰ Alle specialisten gingen er door deze overeenkomst in inkomen op vooruit en de LSV kreeg de tijd voor het ontwerpen van een tariefsysteem.

Bij het ontwerp van dit tariefsysteem hanteerde de specialistenvereniging de slogan 'loon naar arbeid'. De specialisten wilden eindelijk na decennia van onderbetaling loon naar werken voor hun verrichtingen voor de verplichte verzekering, waar zij in 1941 door het Ziekenfondsenbesluit al een volledige erkenning voor hadden gekregen. Zij deden op 28 mei 1948 aan de Commissaris van het Staatstoezicht voorstellen voor de honorering van klinische en poliklinische verrichtingen aan de hand van tarieflijsten.²³¹ Deze lijsten waren gebaseerd op de tarieven van de Rijksverzekeringsbank en op die van het Utrechts Ziekenhuisverplegingsfonds van VHZ.²³² Dit laatste leverde het dagtarief voor de klinische hulp voor interne geneeskunde, dat voor die tijd lager werd gehonoreerd dan de chirurgische specialismen.

De fondsen bleken bereid in te stemmen met de volgende ideeën over het nieuwe tariefstelsel:²³³

- honorering voor klinische hulp per verrichting op basis van een uniform tarief;
- honorering voor poliklinische hulp per verrichting op basis van maand- en herhalingskaarten op een voorlopig fixum, totdat plaatselijke Verwijzings Arbitrage Commissies of VAC's de honorering definitief zouden toewijzen;
- splitsing van de vergoeding voor röntgenologie en laboratoriumonderzoeken in een gedeelte honorarium en een gedeelte kostenvergoeding.

Het Centraal Orgaan Ziekenfondsen wilde met de VAC's een plafond aanbrengen in de kosten voor poliklinische hulp, die net als in het verleden met de oude verrichtingstelsels zonder beperkende maatregelen tot een bodemloze put zou worden. Het ziekenfondsoverleg wilde ook niet dat de kosten voor de vrijwillige verzekering met dit nieuwe systeem hoger zouden worden dan met de oude abonnementshonoraria, waarop de LSV knorrig reageerde met de opmerking dat de kostenbeheersing van de gezondheidszorg weer op de specialisten werd afgewenteld. De LSV weigerde dan ook de VAC's en een conflict met de fondsen leek onafwendbaar.

Na enig dreigen over en weer en bemiddeling door de minister van Sociale Zaken, Joekes, werd in juni 1949 een compromis bereikt.²³⁴ De specialisten kregen hun zo fel begeerde verrichtingstelsel en gingen er financieel eindelijk op vooruit. Zij waren blij in het vervolg gevrijwaard te zijn van

onderlinge moeilijkheden over de verdeling van de specialistenpotten en stemden in met kostenbepalende maatregelen. De LSV zou meewerken aan de VAC's.

De tarieven zelf werden gekort met 15% en de bedragen van de maandkaarten werden 10% verlaagd als het verwijzingspercentage meer werd dan 15%. Op het totale ziekenfondshonorarium van iedere specialist zou een progressieve korting, de pk, of het degressief tarief volgens een vast schema worden toegepast, maar het honorarium mocht niet dalen beneden het niveau van 1948. De specialisten waren zelfs bereid tot een extra-korting van 5% ten behoeve van de vrijwillige verzekering. Op 1 juli 1949 werd het eerste landelijke tariefboekje voor specialistische verrichtingen gepubliceerd.

Dit nieuwe verrichtingenstelsel bepaalde in het vervolg de verhoudingen tussen de specialisten en de ziekenfondsen. Het was door overleg tussen het COZ en de LSV gerealiseerd en had de instemming van de Ziekenfondsraad. De overheid had een bemiddelende rol gespeeld, maar geen tarieven opgelegd. Zelfs de Directeur-Generaal van de Prijzen kon met de regeling instemmen. De overeenkomst COZ-LSV liep van 1 juli 1949 tot 1 januari 1952.

Het compromis leek mooi, maar werkte niet helemaal. De progressieve kortingen waren veel specialisten een doorn in het oog en de fondsen bleven, ondanks de kostenbepalende maatregelen, het gevoel houden *een stap in het duister* te doen.²³⁵ Toen de LSV in 1951 afschaffing van de pk's en een nettoverhoging van de tarieven voorstelde, wezen zij dit dan ook subiet af. De stijging van hun uitgaven voor de vrijwillige verzekering was dan immers niet meer te overzien!²³⁶ Zij kwamen zelf met een voorstel voor abonnementshonoraria, dat weer voor de LSV onaanvaardbaar was. De stemmen tussen LSV en ziekenfondsen staakten. Zij besloten de bestaande overeenkomst te verlengen en te proberen voor 1952 een begroting voor de specialistische hulp voor de verplichte en de vrijwillige verzekering uit te brengen.²³⁷

Het bestuur van de LSV installeerde in 1953 de Commissie-Bingen, die in overleg met het COZ nieuwe richtlijnen en ideeën voor de specialistenhonorering moest ontwikkelen.²³⁸ Deze commissie vond dat het inkomen voor de specialisten volgens de bestaande tarieven onvoldoende was vergeleken met de honorering van de huisarts.²³⁹ Er werd geen rekening gehouden met de extra jaren, die de specialist moest studeren voor hij zijn praktijk kon beginnen. Bovendien stelde de uitoefening van het specialistenberoep *hogere eisen aan de intelligentie en/of de werktuiglijke begaafdheid van de medicus* en de specialist kon geen verantwoordelijkheid voor de patiënt overdragen, zoals de huisarts met de verwijzing deed.

Het verrichtingensysteem werd niet op de helling gezet. De tarieven gingen in 1954 en 1955 wel omhoog. De pk-regeling werd onder druk van de Brabantse specialisten in 1955 geheel afgeschaft.²⁴⁰ Zij behandelden grote aantallen verplicht verzekerden en declareerden daardoor meer verrichtingen dan hun andere collegae in het land. Zij kwamen daardoor snel aan het plafond, waarna het degressief tarief in werking trad en hun inkomen beperkt werd, ondanks hard werken. De pk's werkten voor de fondsen kostenbesparend, maar waren nadelig voor de specialisten met grote fondspraktijken.

De tarieven werden in 1955 eindelijk landelijk uniform: *dezelfde honorering per verrichting of verrichtingseenheid, ongeacht de omstandigheden, waaronder de specialisten werkzaam zijn.*²⁴¹ De specialisten kregen hierdoor voor het eerst in de geschiedenis in de steden en op het platteland een gelijke honorering, zonder kortingen of potten waardoor zij in de uitoefening van hun praktijk werden beperkt. Kort geformuleerd: de specialisten kregen eindelijk overal in Nederland de erkenning waar zij sinds het einde van de negentiende eeuw naar hadden gestreefd.

De ontwikkeling van de specialistische tarieven, 1955-1977

De tarieven werden sindsdien technisch en trendmatig aangepast.²⁴² De technische aanpassing betrof de invoering van tarieven voor nieuwe verrichtingen en de herziening van de tariefopbouw voor bepaalde specialismen. Deze aanpassingen vielen samen met de technische ontwikkelingen in de medische wetenschap tot 1960 en na 1980 door de automatisering. De tarieven stegen daardoor met 5 tot 10% extra.²⁴³ Voorbeelden van de invoering van nieuwe specialismen waren kortdurende psychotherapie in 1959 en dermatologie, plastische chirurgie en cardiologie in 1969-1970.

De trendmatige aanpassing van de tarieven werd sinds 1960 gekoppeld aan het prijsindexcijfer van de kosten van het levensonderhoud en het loonpeil.²⁴⁴ De specialistenhonoraria volgden in 1964 ook de trend van de loonexplosie. De belangrijkste vernieuwing in het systeem van de honorering werd doorgevoerd in 1968. Bij de tarieven voor de verplichte verzekering werd rekening gehouden met de reservering van pensioengelden op naam van de specialist.

Ziekenfondsen, specialistentarieven en groeiende overheidsinvloed

In 1977 kwamen de eerste rimpels in deze vredige vijver van de fondsen, de LSV en de overheid. In zijn pogingen greep te krijgen op de stijging van de kosten van de gezondheidszorg eiste staatssecretaris Hendriks dat structurele tariefswijzigingen eerst met zijn ministerie werden besproken.²⁴⁵ De ziekenfondsen en de specialisten beschouwden deze maatregel echter als een aantasting van hun vrijheid en in strijd met de Ziekenfondswet, want de Ziekenfondsraad had als eerste het recht overeenkomsten te beoordelen. Hendriks zwichtte voor deze argumenten, waardoor verwijs- en herhalingskaarten anesthesie ten behoeve van pijnbestrijding en voor enkele KNO-heelkundige en gynaecologische verrichtingen in de tarieven konden worden opgenomen.

Dit incident was om twee redenen belangrijk. Het was de eerste poging van de overheid om de kosten van de specialistische hulp te beteugelen. Ten tweede beschouwden de fondsen en de artsen het onderhandelen over de overeenkomsten als een aangelegenheid, waar de overheid geen recht tot ingrijpen had. De voorwaarden voor de prijsvorming voor de specialistische hulp moesten eerst in het maatschappelijk middenveld worden besproken, voor zij de overeenkomst ter goedkeuring aan de Ziekenfondsraad en het ministerie wilden voorleggen. Het afsluiten van de ziekenfondscontracten was altijd nog een zaak van de partijen zelf, waarbij de overheid pas later werd ingeschakeld.

GOZ en LSV kwamen toch een kostenbeperkende maatregel overeen. Op 1 november 1977 sloten zij een overeenkomst voor de receptuur. Specialisten zouden geen herhalingsrecepten meer voorschrijven en de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen beperken tot een gebruiksduur van een tot drie maanden.

In 1978 deed G.M.V. van Aardenne, de minister van Economische Zaken, een poging de tarieven van de gezondheidszorg op een lijn te brengen met het overige prijsbeleid. De nacalculaties voor de specialistenhonoraria werden gebonden aan de prijzenregels van het ministerie, gebaseerd op de Prijzenwet van 1961. Van Aardenne wilde de prijzenwet eerst toepassen op de procentuele verhogingen en later ook op de declaratie van de praktijkkosten. De LSV weigerde dit laatste en in een geding verbood de rechter Van Aardenne de Prijzenwet te gebruiken voor inkomensnivellering door de honoraria van de specialisten in hun beroepsuitoefening te korten.²⁴⁶

De actie van Van Aardenne werd door de LSV gezien als een voorbereiding voor de WTG en de instelling van het COTG. De uitvoering van de WTG werd in 1985 pas gestart door staatssecretaris Van der Reijden met de invoering van de budgettering van de intramurale gezondheidszorg in 1985. De ziekenhuizen werden hierdoor wel aan financiële grenzen gebonden, maar de specialisten met hun praktijken binnen de ziekenhuismuren niet.

De budgetteringssystematiek leek bevredigend te werken, maar in de praktijk bleken de budgetten steeds vaker onvoldoende.²⁴⁷ Technische ontwikkelingen als de invoering van niersteenvergruizers, hartoperaties en transplantaties maakten de ziekenhuiszorg steeds duurder en zorgden ook voor hogere en nieuwe tarieven voor specialistische zorg. Het verstrekkingenpakket voor de verzekerden werd steeds uitgebreider. De ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars, de zorgverzekeraars, kregen steeds meer te maken met nabetalingen. Het verrichtingenstelsel leek weer tot een onbeheersbare open-eindfinanciering te leiden. Kregen de tegenstanders onder de ziekenfondsen van dit stelsel uit de twintigste jaren opnieuw gelijk?

Oplopende spanningen; het LSV-conflict en de nasleep, 1988-1996

Niet alleen de tarieven stegen, maar ook het aantal verwijzingen door de huisartsen nam toe. Het aantal specialisten groeide en daarmee ook het aanbod van zorg: van 6.000 specialisten in 1975 tot 12.000 in 1992.²⁴⁸ Van der Reijden wilde in zijn regeerperiode daarom de kosten van de specialistische hulp en het aantal instromende, pas afgestudeerde specialisten indammen en sloot in juli 1984 met de LSV een Generaal Akkoord. Het aantal nieuwe specialisten werd aan banden gelegd en voor de kostenbeheersing werd de oude progressieve korting of het degressief tarief weer uit de kast gehaald.²⁴⁹

De overeenkomst bleek niet te werken. De ziekenfondskosten bleven stijgen en de VNZ weigerde daarom haar verantwoordelijkheid voor de overeenkomst te nemen. De specialisten werd verweten ondanks de degressieve tarifiering omwille van hun inkomens de verrichtingen te veel op te schroeven, zonder dat dit met cijfers kon worden gestaafd.²⁵⁰ Zij kregen het idee dat politieke groeperingen hen probeerden op te zadelen met de hoge kosten van de gezondheidszorg en zij voelden zich omsingeld. Het gevolg was een gespannen sfeer tussen de overheid, de ziekenfondsen en de LSV, die uitmondde in een soort oorlog: het LSV-conflict van 1988 en 1989.

Het was het eerste conflict tussen de LSV en de ziekenfondsen sinds 1955. Opnieuw waren het niet de ziekenfondsen, die alle problemen hadden veroorzaakt. Het was in eerste instantie een ruzie tussen de overheid en de LSV, waar de ziekenfondsverzekerden de dupe van werden. De LSV verbrak de

overeenkomst met de ziekenfondsen. Verplicht verzekerden werd in 1988 en 1989 geen specialistische hulp in natura verstrekt, maar zij kregen na iedere behandeling en afspraak een nota toegestuurd. Deze moesten zij indienen bij hun ziekenfonds. Of de ziekenfondsen betaalden deze rekeningen, of de verzekerden moesten ze zelf betalen na ontvangst van de ziekenfondsvergoeding. Sommige ziekenfondsen sloten met de plaatselijke artsen overeenkomsten, waardoor deze artsen de rekeningen rechtstreeks naar de fondsen stuurden.

Voor de fondsen en de verzekerden was het een rampentijd. Een fonds als het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland in Utrecht met 500.000 verzekerden, grote ziekenhuizen en veel specialisten in het werkgebied kreeg per dag soms 4.000 tot 5.000 nota's binnen. De fondsen moesten in zeer korte tijd tijdelijke administratieve systemen bouwen om deze stroom nota's te verwerken. Controle op de uitbetalingen was niet mogelijk. De verzekerden wisten niet waar zij aan toe waren. Bejaarden en gehandicapten werden opgezadeld met grote betalingen.

De specialisten waren door hun houding verantwoordelijk voor deze problemen, maar hadden slechts gedeeltelijk schuld. De kosten van de gezondheidszorg namen toe, niet alleen door de technische ontwikkelingen, maar ook door de vergrijzing van de bevolking. De specialisten kregen daardoor steeds meer en ingewikkelder problemen door de huisartsen doorverwezen. Zij hadden op grond van hun overeenkomst met de zorgverzekeraar de plicht tot behandeling van alle verwijzingen. Een opgelegde leveringsplicht was niet te combineren met een door het degressief tarief opgelegd plafond van te besteden kosten.²⁵¹

Het LSV-conflict werd na bemiddeling door Van Aardenne in 1989 beëindigd door het Vijf Partijen Akkoord tussen de LSV, de VNZ, de KLOZ, de Nationale Ziekenhuisraad en het Kontaktorgaan Particuliere Ziektekostenverzekeraars. Hoewel de LSV dit akkoord uitlegde als een morele overwinning, zorgde het voor veel onvrede onder de leden.²⁵² De kosten van de specialistische hulp werden voor 1990-1992 vastgelegd op het niveau van 1989 en bij overschrijding zouden de tarieven weer worden verlaagd: degressieve korting in optima forma. De kortingen zelf werden in de ogen van de specialisten ook onredelijk toegepast. Een deel van hen verweet de LSV een te slappe houding en stichtte een eigen Nederlandse Specialisten Federatie, de NSF.

De ziekenfondsen waren niet ontevreden. Het oude systeem van verstrekking in natura werd in ere hersteld. De verzekerde was van de specialistennota's verlost en de organisaties keerden terug tot de declaratieverwerking van alle dag. De fondsen kregen zelf in 1991 ook te maken met budgettering, en beheersing van de uitgaven voor specialistische zorg werd dus noodzaak. Voor 1991 werden alle verstrekkingenuitgaven immers automatisch door de Ziekenfondsraad vergoed!

De overeenkomst van 1989 was een akkoord tussen de organisaties van het maatschappelijk middenveld, waarbij de rol van de overheid steeds groter werd. De politiek was zich na 1980 steeds meer met de relatie specialisten-ziekenfondsen gaan bemoeien, met alle gevolgen van dien. De nadruk kwam niet meer te liggen op het afspreken van tarieven, maar op het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg waar de specialistische zorg een groot deel van uitmaakte.

Rigoureuze kortingsmaatregelen bleken echter niet te werken.²⁵³ De vraag naar zorg bleef na 1989 ook stijgen en de specialisten zijn door de verwijzing verplicht hulp te leveren. In 1991 werd geprobeerd de verwijzing in te perken door de huisarts meer bij de specialistische behandeling te betrekken. Na de behandeling voor een eerste verwijzing zou de huisarts een korte kaart van een maand voor vervolghandelingen geven. Het succes was mager. Het aantal eerste verwijskaarten bleef stijgen.

De budgetten van de zorgverzekeraars voor de specialistische zorg moesten ieder jaar worden verhoogd. Staatssecretaris Simons en het COTG verlaagden in december 1992 de tarieven voor ziekenfondsverzekerden met 14% en voor particulier verzekerden met 13%, maar dit was een eenmalige ingreep en bood geen structurele oplossing voor de volgende jaren.²⁵⁴ Of de maatregelen van het kabinet-Kok als de gelijkschakeling van de particuliere en de ziekenfondstarieven in januari 1997 meer succes zullen hebben, moet worden afgewacht.

In juli 1993 werd een nieuwe modelovereenkomst door de staatssecretaris goedgekeurd voor de periode tot en met 1 januari 1996, maar de specialisten bleven contracteren op basis van het oude Vijf Partijen Akkoord.²⁵⁵ De LSV verweet de ziekenfondsen dat zij na de wettelijke opheffing van de werkgebieden waren samengegaan met als gevolg ongewenste schaalvergroting. Concurrentie op regionaal niveau was daardoor uitgesloten, terwijl dat wel de doelstelling van de stelselwijziging was.²⁵⁶ De LSV wilde juist oriëntatie van de zorgverzekeraars op regionaal niveau, omdat de specialisten dan hun investeringen op de lange termijn beter konden afstemmen. De relatie met de zorgverzekeraars bleef moeizaam.

De relatie specialisten-ziekenfondsen werd na 1945 beheerst door tariefafspraken voor verrichtingen. Dit stelsel werd in 1949 overeengekomen voor de vervanging van de oude plaatselijke regelingen als het abonnementshonorarium in de vorm van de specialistenpot. Het systeem functioneerde zolang de fondsen hun kosten volledig vergoed kregen. Dit gebeurde tot 1991. Kostenbeheersingsmaatregelen als het degressief tarief, door de LSV, het COZ en de VNZ zelf ontworpen, bleken niet te werken. De vraag naar specialistische zorg bleef onbeheersbaar, ondanks de poortwachtersfunctie van het bijna een eeuw oude verwijzingsstelsel. Dit probleem leidde in 1988 tot een groot conflict tussen de overheid, het maatschappelijk middenveld en de organisaties van het middenveld onderling. Het conflict werd beëindigd zonder een structurele oplossing en de onvrede bleef bestaan. De verantwoordelijkheid voor deze kwestie blijft een zaak van overheid, specialistenorganisaties en zorgverzekeraars gezamenlijk. Het gaat immers om de belangen van de verzekerden!

De relatie ziekenfondsen-huisartsen vastgelegd; de modelovereenkomst van 1955

De huisartsenovereenkomst uit 1947 werd als voorlopig beschouwd, maar bleef lange tijd van kracht. De huisartsen spraken zich in 1948 in de landelijke ledenvergadering van de LHV uit voor handhaving van de ziekenfondshonorering per abonnement.²⁵⁷ Zij wilden het sluiten van een echte modelovereenkomst uitstellen tot de vervanging van het Ziekenfondsenbesluit door een ziekenfondswet en bij de onderhandelingen voor de tarieven bleek de behoefte aan harde cijfers over de praktijkvoering en feitelijke inkomsten van de huisartsen. De regering liet in 1949 vertrouwelijk het gemiddelde huisartseninkomen uitrekenen en wilde, samen met de voorzitter van de Ziekenfondsraad, I.H.W. Hacke, dat bij de onderhandelingen over de ziekenfondstarieven het hele inkomen van de huisarts zou worden betrokken, ook diens inkomsten uit de particuliere praktijk.

Dit voorstel was voor de LHV zo onaanvaardbaar dat zij het contact met de fondsen dreigde te verbreken en fondsverzekerden tegen het laagste particuliere tarief per verrichting zou laten behandelen. Het eerste landelijke conflict tussen de fondsen en de huisartsen stond voor de deur, veroorzaakt door het optreden van de overheid. De fondsen zelf waren over de ideeën van de Ziekenfondsraad en de regering verdeeld. De Maatschappijfondsen waren bereid de LHV tegemoet te komen met een hoger ziekenfondstarief, de andere fondsen niet.²⁵⁸

De Ziekenfondsraad probeerde op 12 juli 1949 de fondsen, verenigd in het COZ, en de LHV in een verzoeningsvergadering tot elkaar te brengen. Het resultaat van deze bijeenkomst was de instelling van een commissie van wijze mannen, die na rijp en lang beraad in 1950 een bindend advies uitbrachten. Het nieuwe abonnementstarief werd f 5 en er moest een toeslag komen voor dunbevolkte gebieden, een uitbreiding van het gentlemen's agreement uit 1947.

Het voeren van onderhandelingen werd een steeds ingewikkelder proces. Bij de LHV en het COZ moesten economisch deskundigen de materie voorbereiden voor de gesprekken. Zij gaven aan wat zij als tarieven en schalen juist achtten en adviseerden over de punten waar de onderhandelaars het eens over moesten worden. De tijden waren voorbij dat huisartsen en ziekenfondsbesturen in een café of parochievergaderzaaltje met cognac en sigaren over dubbeltjes en centen confereerden. De LHV moest bij de ziekenfondsen en voor de overheid aantonen waarom zij kostenvergoedingen in de honoraria wilde doorberekenen. De kostenvergoedingen werden gekoppeld aan onderzoekscijfers en het inkomen van de zelfstandige huisarts moest vergelijkbaar zijn met het inkomen van artsen in dienstverband.²⁵⁹ Deze langdurige onderhandelingen, de koude oorlog tussen ziekenfondsen en huisartsen, werden pas in 1952 beëindigd met een overeenkomst.²⁶⁰ De huisartsen kregen een toeslag voor praktijkkosten van f 0,46 cent per verzekerde.

Het honorarium was ondanks deze overeenkomst toch niet definitief geregeld, want daarvoor bleek in 1953 een kort, maar fel huisartsenconflict nodig. De Ziekenfondsraad en de LHV kwamen op aandringen van de economisch adviseurs van de LHV tot de conclusie dat een honorarium van f 7 per ziel per jaar tot een praktijk van 3.000 zielen een redelijk tarief was.²⁶¹ De Ziekenfondsraad stemde toe in de uitkering van dit bedrag, maar de regering schorste dit besluit. De huisartsen reageerden woedend. De ziekenfondsgrens was in 1953 ten koste van hun particuliere praktijk opgetrokken tot f 6.000 en zij wilden deze inkomensderving compenseren met het overeengekomen honorarium voor de verplichte verzekering. Hoewel de ziekenfondsen part noch deel hadden aan de manoeuvres van de regering met de inkomensgrens besloot de LHV per 1 februari 1954 alle relaties met de fondsen te verbreken en de modelovereenkomst op te zeggen.

Suurhoff, de minister van Sociale Zaken, gaf onder deze druk toe. LHV en COZ bereikten in 1954 een akkoord, waarin de honoraria afhankelijk werden gesteld van de praktijkgrootte. Beide partijen wilden de tarieven voor de lieve vrede eindelijk eens definitief geregeld zien, zonder dat de overheid roet in

het eten zou gooien en sloten in 1955 een nieuwe standaardovereenkomst ziekenfonds-huisarts. De artsen kregen f 10,20 per ziel per jaar voor de eerste 2.000 zielen en f 7,50 daarboven.²⁶²

De huisartsen beschouwden deze overeenkomst als historisch. Dit was de eerste overeenkomst, gebaseerd op harde cijfers, die door enquêtes en onderzoek waren verkregen. Het tarief was *bepalend voor de bestaansmogelijkheid voor de Nederlandse huisarts* en gaf ruimte voor de verbetering van de praktijk. Kortom, [...] *van uitermate groot belang voor de rehabilitatie van de Nederlandse huisartsen.*²⁶³ Het varkentje was nog niet direct gewassen, want de Ziekenfondsraad onthield in eerste instantie zijn goedkeuring aan de overeenkomst. Na enige druk van de Federatie V.M.Z. en een stakingsdreiging gebeurde dit toch. Suurhoff gaf ook zijn toestemming en in 1955 werd de eerste standaardovereenkomst LHV-ziekenfondsen van kracht.

Deze overeenkomst was voor de ziekenfondsen en de huisartsen aanvaardbaar. Het gemiddelde abonnement voor de eerste 3.000 verzekerden was gestegen van f 4,68 in 1947 naar f 9,30 in 1955. De prijsindex van de gezinsconsumptie steeg in deze periode van 100 naar 144 en de index van het gemiddelde gezinsinkomen van 100 naar 199. De LHV vond dat de huisartsen eindelijk de ruimte hadden gekregen om hun positie en functie in de Nederlandse maatschappij als beroepsgroep te realiseren.

Huisartsen en ziekenfondsen opnieuw in conflict over tarieven, 1965-1967

Tot 1966 bleef de relatie met de LHV vredig. Toen ontstond opnieuw een ernstige breuk tussen de huisartsen, de ziekenfondsen en de overheid met opnieuw als oorzaak een verlangen naar een volwaardige honorering en de wens tot verbetering van de ziekenfondspraktijk.

Van 1955 tot 1966 steeg het honorarium voor praktijken boven de 2.000 verzekerden van f 7,50 tot f 15,12, een verdubbeling.²⁶⁴ Dit was wel een inkomensverbetering, maar droeg niet bij tot verbetering van de praktijkvoering. De praktijken verslechterden, vooral in de grote steden. De oudedagsvoorziening van de meeste huisartsen was, ondanks de pensioenreservering, gebrekkig. Veel huisartsen meenden na hun 70ste jaar nog te moeten doorwerken, hoewel dit sociaal en uit oogpunt van goede zorg niet te verantwoorden viel. Daarbij kreeg het huisartsenvak steeds meer concurrentie van de specialismen. In 1965 waren er 4.452 huisartsen en 4.958 specialisten. De gemiddelde praktijkgrootte was 2.780 inwoners per huisarts. Het aandeel van de huisartsenhulp in de ziekenfondsverzekering verminderde in relatie tot het deel van de specialistische hulp en de ziekenhuisverpleging en het huisartsenberoep dreigde overbelast en onaantrekkelijk te worden.

Een landelijk abonnementshonorarium dat geen recht deed aan factoren als het niveau van de verstrekte hulp, de onregelmatigheid en de frequentie van de hulpverlening, de verschillen in hulpvraag per regio en de verschillen in goede en slechte risico's werd steeds moeilijker te verdedigen. Bij de LHV werd, zij het niet openlijk, gefilosofeerd over loondienstverbanden bij ziekenfondsen en bedrijven.²⁶⁵ Kortom, de huisartsen werden ontevreden. Het GOZ was wel bereid om met de LHV over de problemen te praten, maar er veranderde niets. Volgens H.A. Sanders, huisarts te Helmond en later hoogleraar te Maastricht, moesten de huisartsen bij de onderhandelingen over tarieven en overeenkomsten zelf bepalen wat zij nodig hadden en niet meer het door de COZ gebodene accepteren, zoals zij tot dan toe voor de lieve vrede hadden gedaan.²⁶⁶ Hij voerde daarmee van 1963 tot 1965 oppositie tegen het LHV-bestuur dat volgens hem een te zwakke houding had aangenomen.

Op 25 november 1965 besloot de ledenvergadering het voorstel van de fondsen voor een abonnementsverhoging van 13,28% te verwerpen en voor de komende jaren een herziening van de berekening van het honorarium te eisen. Facetten als salarisbasis, praktijkomvang en -samenstelling, pensioenregeling, indexering moesten daarbij worden betrokken.²⁶⁷ Het ziekenfondstarief moest gelijk worden aan het laagste particuliere tarief.

De fondsorganisaties vonden dit voorstel voor de onderhandelingstafel te vergaand en wilden een commissie van derden, die hierover kon adviseren. Dit was weer tegen de zin van de afdelingen of Plaatselijke Huisartsen Verenigingen van de LHV uit Helmond, Eindhoven en Tilburg. Zij wilden geen commissie van wijze mannen, totdat de algemene ledenvergadering huisartsenvereniging haar mening over deze commissie had gegeven. Het hoofdbestuur van de LHV trad daarop in februari 1965 gedeeltelijk af en het aanbod van de fondsen voor een verhoging van 13,28% en de commissie van wijze mannen werd toch maar aanvaard. Deze afspraken bleven tot 1 juli 1966 van kracht.

De problemen met de huisartsenzorg waren daarmee niet opgelost. De huisarts kreeg een steeds centralere rol in de gezondheidszorg toebedeeld, in de Nota Volksgezondheid van 1966 werd hij als de spil van de zorg gezien. In de praktijk werd het huisartsenberoep echter steeds onaantrekkelijker, waardoor het aantal huisartsen verminderde. Het aantal huisartsen per 10.000 inwoners daalde van 4 in 1964 naar 3,7 in 1966 en het aantal praktiserenden in de leeftijd van 30 tot 34 jaar daalde in 1964 van

553 naar 473.²⁶⁸ De juridische basis tussen de individuele huisarts en de ziekenfondsen was onduidelijk. De oude landelijke overeenkomst uit 1954 was nooit vernieuwd en werd voor het afsluiten van individuele medewerkersovereenkomsten soms wel en soms niet gebruikt. De fondsen uit Amersfoort en Utrecht beschouwden de oude standaardovereenkomst in 1964 nog steeds als geldig.²⁶⁹ De ziekenfondsen en de LHV waren al jaren in overleg om een goed modelcontract op te stellen, maar tot 1966 zonder succes.

De onderhandelingen tussen de LHV en het GOZ waren op 1 juli 1966 volkomen vastgelopen. De LHV wilde een verhoging van 7 tot 10%, afhankelijk van de praktijkgrootte. Het GOZ vond dat het met de 13,28% en een eventuele vergoeding voor assistenten al ver genoeg gegaan was en achtte de eisen van de LHV zwak gemotiveerd.²⁷⁰ De ziekenfondsorganisatie wilde de huisartsen niet met een te hoog honorarium tegemoetkomen. Dat zou tot verdere tekorten van beroepsbeoefenaren in de andere medische sectoren leiden, omdat medische studenten om de betaling voor het vak van huisarts zouden kiezen.²⁷¹ De verhoudingen tussen de huisartsen en de ziekenfondsen raakten gespannen en in oktober barstte de bom met ouderwets gekift en polemieken via de kranten, scheldpartijen over en weer en zelfs de dreiging van een huisartsenstaking. *De bonboekjes voor de ziekenfondsverzekerden lagen al klaar!*²⁷² Zover kwam het niet, maar tussen de fondsorganisaties en de huisartsen was het oorlog.

Minister Veldkamp greep uiteindelijk in. Na veel onderhandelen, onduidelijkheden over en weer en politiek gelobby werd op 31 maart 1967 de vrede hersteld. Veldkamp had op 21 november 1966 een commissie benoemd onder voorzitterschap van de hoogleraar F.J.H.M. van der Ven.²⁷³ Deze kwam met een advies dat resulteerde in een gefaseerde verhoging van het abonnement van 51% en een nieuwe tariefsberekening. De fondsorganisaties waren over dit voorstel verdeeld.²⁷⁴ De Federatie V.M.Z. en de CBOZ gingen met dit voorstel wel akkoord, de andere organisaties niet. Na een nieuw ingrijpen van Veldkamp stemden zij uiteindelijk ook met de voorstellen in, want er was geen alternatief.²⁷⁵ Het huisartsenconflict werd op 16 april 1967 beëindigd door de goedkeuring van de nieuwe overeenkomst door de Ziekenfondsraad.²⁷⁶

Het conflict had voor de ziekenfondsen en de huisartsen verschillende gevolgen. De huisartsen hadden door het conflict een betere honorering gewonnen en aangetoond, dat zij met hun organisatie *springlevend* waren en betrokken bij de samenleving.²⁷⁷ Voor hun gevoel kon het met de huisartsenpraktijk nu alleen nog maar beter gaan. De ziekenfondsen hadden een uitputtingsslag gespeeld. Zij werden in maart 1967 bang dat de LHV toch naar een verrichtingenstelsel met open-eind financiering zou streven. De kosten voor huisartsenhulp voor de verplichte verzekering werden wel automatisch gedekt, maar de fondsen waren zelf eerstverantwoordelijk voor de financiering van de vrijwillige verzekering en wilden de exploitatie daarvan en van de verplichte verzekering beheersbaar houden.²⁷⁸ Zij hadden daarvoor de relatie met een van de belangrijkste medewerkersgroepen op het spel gezet, maar bleven gedwongen iedere huisarts, die in hun werkgebied op grond van het plaatselijk vestigingsbeleid een praktijk startte of overnam, een contract aan te bieden.

Een grootschalig conflict over de tarieven deed zich tussen de fondsen en de LHV niet meer voor. Van 1972 tot 1977 was de pensioenvoorziening als onderdeel van het honorarium een heet hangijzer, maar dit werd uiteindelijk zonder strijd geregeld.

Maatschappelijke aanpassingen in het huisartsenberoep; vestigingsbeleid en tarieven, 1971-1985

De aandacht van de LHV richtte zich meer dan bij de LSV op de algemene aspecten van de gezondheidszorg en de positie van de huisarts in de maatschappij.

In het voorjaar van 1974 organiseerde het LHV-bestuur negen bijeenkomsten met als thema's regionalisatie, vestigingsbeleid en volksverzekering.²⁷⁹ Er werd gesproken over het experimenteren met samenwerkingsvormen als gezondheidscentra en groepspraktijken en versterking van het eerste echelon van de gezondheidszorg. De LHV reageerde afwijzend op de Structuurnota van Hendriks met de opmerking dat de huisarts in diens nota vooral een centrale plaats in het stelsel van gezondheidsvoorzieningen had gekregen door de wens de kosten te beheersen.²⁸⁰ De huisartsenvereniging vond Hendriks' Wet Tarieven Gezondheidszorg een verslechtering ten opzichte van de bestaande regelingen en beschouwde deze wet als onverantwoorde machtsconcentratie bij de overheid, die niet door het parlement te controleren was. De deskundigheid en de verantwoordelijkheid van de Nederlandse huisartsen voor de individuele gezondheidszorg werden volgens de LHV door Hendriks genegeerd.

Het hoofdbestuur van de KNMG steunde deze visie. De relatie arts-patiënt was zo belangrijk voor de inhoud en het effect van de hulp, dat het waarborgen van de *kwaliteit, doelmatigheid en functionele toegankelijkheid* geen zaak van de overheid alleen was.²⁸¹ De individuele huisarts werd door de

overheid, de KNMG en de LHV zelf een steeds grotere maatschappelijke rol in de gezondheidszorg toebedeeld.

Het LHV-bestuur probeerde na 1974 de inrichting en het beleid van de vereniging aan te passen aan de snel veranderende maatschappij. Het ging daarbij vooral om de zelfstandige ontwikkeling van een vestigingsbeleid en een nieuwe honoreringsstructuur. Op 29 april 1981 aanvaardde de ledenvergadering een nota Naar een nieuwe honorering, die het tarievenbeleid voor de komende jaren zou bepalen. De LHV moest toewerken naar een landelijk uniform abonnementsstelsel met tarieven voor verrichtingen, die niet per abonnement verzekerd waren, en de rekennorm voor het honorarium moest zakken van 2.700 naar 2.000 patiënten. De nieuwe honorering diende gekoppeld te worden aan kwaliteitseisen voor de huisarts. De huisartsen probeerden de hen toegemeten maatschappelijke verantwoordelijkheid waar te maken, maar wilden daar ook voor betaald worden.

Het vestigingsbeleid werd na 1970 steeds belangrijker, onder meer door de opkomst van wijkgezondheidscentra. Deze medische centra boden een breed pakket eerstelijnszorg met huisartsenhulp, tandheelkundige voorzieningen, kruiswerk en paramedische zorg. Gemeentebesturen probeerden deze centra te steunen als middel tegen de vrije vestiging van huisartsen en dat gaf plaatselijk nogal eens problemen, niet alleen tussen de plaatselijke huisartsenvereniging en de gemeente, maar ook met de ziekenfondsen.

Een berucht voorbeeld was het wijkgezondheidscentrum Maarssenbroek. De Maarssense huisartsen protesteerden in 1976 fel tegen de oprichting van dit centrum waar niet alleen de gemeente, maar ook het Utrechtse ziekenfonds VHZ aan deelnam.²⁸² Twee nieuwe huisartsen wilden zich daarna zelfstandig vestigen, zonder relatie met dit centrum. VHZ weigerde daarom deze artsen contracten aan te bieden, hoewel zij dit op grond van de Ziekenfondswet verplicht was. Het gezondheidscentrum had al de beschikking over twee artsen, voor uitbreiding was de wijk Maarssenbroek te klein.²⁸³ De kwestie moest worden opgelost door de uitspraak van het Amsterdamse Hof dat ziekenfondsen geen zelfstandig vestigingsbeleid mochten voeren en VHZ de artsen moest contracteren. Het was jammer dat het zover kwam, want de LHV en de ziekenfondsen waren beiden voorstander van dergelijke centra en probeerden in onderling overleg regelingen te treffen om de vestiging van huisartsen in gezondheidscentra mogelijk te maken.²⁸⁴

De Maarssenbroekse kwestie had tot gevolg dat in 1981 de Ziekenfondswet werd aangepast. De minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur kon een ziekenfonds van de verplichting ontslaan om iedere aanbieder van zorg een contract aan te bieden als deze hulp in een regio in voldoende mate aanwezig was.²⁸⁵ Ziekenfondsen en huisartsen konden de minister vragen de ziekenfondsen te ontheffen van de verplichting tot toelating, de eerste bres in de contracteerplicht.

De vestigingskwestie werd na jaren van problemen in 1983 geregeld. Gemeentebesturen konden met behulp van de nieuwe Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en door een wijziging van de Ziekenfondswet een vestigingsbeleid voeren.²⁸⁶ Zij werden daarbij geadviseerd door een commissie, die bestond uit huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders, patiënten en verzekeraars.

De LHV en de VNZ verschilden in deze kwestie nogal van mening. De fondsen gingen uit van het principe *wie het eerst komt, die het eerst maalt*, terwijl de LHV een sollicitatiebeleid wilde.²⁸⁷ De LHV probeerde door de afkondiging van een eigen vestigingsregeling de groeiende werkloosheid onder jonge, pas afgestudeerde artsen tegen te gaan. Zij had in 1981 daarvoor met de VNZ afgesproken om de grote praktijken boven de 2.700 ziekenfondsverzekerden af te bouwen, maar dit bood geen soelaas. Sinds 1980 probeerden veel afgestudeerde werkloze huisartsen in de steden met wilde vrije vestigingen toch een praktijk op te bouwen en een chaos dreigde. Het vestigingsbeleid legde deze wildgroei wel aan banden, maar loste het probleem van de werkloosheid niet op. Bovendien lag de verantwoordelijkheid voor de vestiging bij een gemeentebestuur en niet bij de beroepsgroep en evenmin bij de ziekenfondsen. Verschil van mening tussen de VNZ en de LHV deed niet zo ter zake.

In 1982 werd de relatie ziekenfonds-huisarts eindelijk weer in een nieuwe modelovereenkomst vastgelegd.²⁸⁸ Deze modelovereenkomst was het eerste contract sinds de overeenkomst van 1955 en het was gelijk een breed pakket. Behalve de standaardovereenkomst ziekenfonds-huisarts kwamen er een overeenkomst LHV-VNZ, een honoreringsovereenkomst en normen voor beperkte kwaliteitseisen voor de huisarts. De modelovereenkomst regelde ook de instelling van commissies van overleg tussen de ziekenfondsen en de plaatselijke huisartsenverenigingen, de huisartsencommissies. De vorming van kleinere praktijken werd gestimuleerd. De normpraktijk voor de berekening van het honorarium, die nog steeds uit 1966 stamde, werd van 2.700 teruggebracht naar 2.500. De bedragen, die de fondsen voor de vaste kosten en de pensioenpremie betaalden, werden in het vervolg uitgekeerd vanaf 1.600 verzekerden. Dit was voorheen vanaf 1.800 en 2.000 verzekerden.

De relatie van de LHV met de overheid werd in 1985 vastgelegd in een convenant van beleidsafspraken. Een van de belangrijkste punten was het opnemen van geld in het jaarlijkse Financieel Overzicht Zorg, FOZ, voor de stimulering van de huisartsengeneeskunde. De overheid wilde daarmee de praktijkverkleining versterken en de deskundigheidsbevordering van de beroepsgroep stimuleren. Het kruiswerk kreeg al jaren geld voor de ontwikkeling van het management op provinciaal en plaatselijk niveau en deze subsidie werd nu ook verstrekt voor de ondersteuning van de huisartsen. De eerstelijnszorg werd door deze initiatieven steeds belangrijker en beter georganiseerd.

Ziekenfondsen, huisartsen en de gevolgen van Dekker

De historisch gegroeide relatie huisartsen-ziekenfondsen dreigde overhoop te worden gegooid met de plannen van de Commissie-Dekker. Regionalisering, concentratie en kostenbeheersing waren oude en bekende thema's, maar door Dekker werd nu bij de overeenkomsten ook gesproken over marktwerking, concurrentie en efficiencyverbetering.²⁸⁹ De doorvoering van de plannen voor een beperkte volksverzekering eiste vier maatregelen: opheffing van de contracteerplicht, opheffing van het vestigingsbeleid, een ander tarievenbeleid en andere omschrijvingen voor zorgverleners.

Contracteerplicht, vestigingsbeleid en vaste tarieven belemmerden de invoer van concurrentie en de marktwerking in de gezondheidszorg. Deze zouden moeten zorgen voor lagere prijzen voor de zorg en efficiëntere hulp. Functionele omschrijving van zorg zoals het vervangen van huisartsenhulp door algemene geneeskunde zou voor de patiënt, in modern jargon zorgconsument genoemd, een grotere keuze in de hulpverlening betekenen. De consument kon dan kiezen voor *zorg op maat*.

De LHV was tegen de afschaffing van contracteerplicht, de vaste tarieven en het vestigingsbeleid uit angst dat de positie van haar leden in het geding kwam. In de praktijk zou het niet zo'n vaart lopen. De contracteerplicht ging in 1992 wel op de helling, maar de zorgverzekeraars hanteerden een ruim acceptatiebeleid en contracteerden vrijwel iedereen.²⁹⁰ Zij hadden meer belang bij bestendige relaties met de medewerkers dan bij het voeren van een selectiebeleid. Een huisarts moest het wel bont maken, als hem een contract werd geweigerd. Het COTG stelde inderdaad maximumtarieven voor de vrije beroepsbeoefenaren, maar dit werden toch normtarieven.

De regionalisatie werd wel versterkt. De LHV en de VNZ sloten in 1993 een overeenkomst zorgverzekeraar-vrijgevestigde huisarts voor de periode 1994-1996, waarin de nadruk lag op regionale ordening van de huisartsgeneeskundige gezondheidszorg.²⁹¹ De LHV streefde naar *op regionaal niveau voorwaarden schepende overeenkomsten* tussen haar Regionale Districts Huisartsenverenigingen en regionale zorgverzekeraars. In deze overeenkomsten moest de regionale ordening vastgesteld worden van de huisartsenhulp en werd een model voor een individuele overeenkomst afgesproken. Andere zorgverzekeraars kunnen via een aansluitovereenkomst aan de overeenkomst met de regionale zorgverzekeraar deelnemen. Komen de tijden van de oude lokale collectieve overeenkomsten van voor 1941 weer terug?

De huisarts is steeds zakelijker gaan werken. De administratie van zijn praktijk werd vaak met steun van de zorgverzekeraars geautomatiseerd. De patiëntenadministratie werd sterk verbeterd met goede historieoverzichten en medicatiebewaking. Het contact tussen apotheek en huisarts bleef niet meer beperkt tot een slordig geschreven receptje, maar receptuur kan per fax of online worden doorgegeven aan de apotheek, waardoor de geneesmiddelenvoorziening voor de zorgconsument verbeterd werd. De financiële administratie van ziekenfondsen en huisartsen werd verbeterd door geautomatiseerde declaratieverwerking. De relatie ziekenfondsen-huisartsen is na 1987 sterk veranderd.

De relatie ziekenfondsen-huisartsen na 1945; een evaluatie

De relatie ziekenfondsen-huisartsen bleef na 1945 niet beperkt tot landelijke tariefonderhandelingen, maar strekte zich uit tot het regionaal of lokaal niveau, het persoonlijk contact met de arts zelf. De relatie werd op landelijk niveau bepaald door de contracteerplicht en de onderhandelingen over de arbeidsvoorwaarden. Deze arbeidsvoorwaarden zijn driemaal vastgelegd in een modelovereenkomst, in 1955, in 1982 en in 1993. De overeenkomst van 1954 werd wisselend gebruikt voor standaardovereenkomst tussen ziekenfondsen-huisarts. De overeenkomst van 1982 bevatte een bindende standaardovereenkomst.

De huisartsen bleven niet alleen als contractanten bij de fondsen betrokken, maar waren ook na 1945 door hun deelname aan de ziekenfondsbesturen nog steeds betrokken bij de ontwikkeling en de uitvoering van de ziekenfondsverzekering. Zij streefden via hun relatie met de ziekenfondsen naar erkenning van hun werk door eisen voor rechtvaardige honoraria. De huisartsen werkten met de fondsen samen in de commissies voor het plaatselijk vestigingsbeleid. De ziekenfondsen verkeerden

tot 1992 in een nadelige positie. Door de contracteerplicht konden zij de voorziening in huisartsenzorg kwalitatief en kwantitatief onvoldoende sturen. De kwestie-Maarssenbroek toonde aan dat dit alleen in goed overleg in de plaatselijke huisartsencommissies kon gebeuren.

De huisartsen kregen een steeds centralere rol in de eerste lijn van de gezondheidszorg. Dit is een natuurlijk proces. Behalve dat de huisarts curatieve zorg verleent, is hij van oudsher ook verantwoordelijk voor de verwijzing naar ziekenhuis, specialist of paramedische zorg. De huisartsen accepteren deze verantwoordelijkheid, maar kunnen deze het beste aan in overleg met de financier van de zorg, de zorgverzekeraar. Deze beschikt niet alleen over de verdeling van de plaatselijke geldstromen, maar heeft op plaatselijk niveau een spilfunctie door de betrokkenheid bij alle overleg in de zorgsector. Hij kan alle informatie leveren, die de huisarts voor zijn bemiddelende rol nodig heeft. Zorgverzekeraar en huisarts hebben elkaar gewoon broodnodig.

Het overeenkomstenstelsel, de relatie artsen-ziekenfondsen en de overheid na 1945

De artsen en de ziekenfondsen genoten als leden van het maatschappelijk middenveld hun grootste vrijheid bij de regeling van hun relatie door middel van het overeenkomstenstelsel, dat zich na 1945 op het landelijk niveau ontwikkelde tot het belangrijkste instrument voor de verstrekking van gezondheidszorg in natura. De onderhandelingen werden niet meer gevoerd door de ziekenfondsen en de artsen zelf, maar door hun collectieve belangenorganisaties GOZ/COZ/VNZ, LSV en LHV. De NMG speelde na 1945 geen rol meer op de eerste rang.

De ontwikkeling van het contractstelsel na 1945 dwong tot professionalisering bij het voeren van de onderhandelingen. De uitkomsten van deze onderhandelingen hadden gevolgen voor de kosten van de gezondheidszorg en de hoogte van de premies op het landelijk niveau en bleven niet meer beperkt tot de plaatselijke ziekenfondscontributie. De onderhandelingen werden daarom gevoerd door de vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties in overleg met deskundigen op economisch, sociaal en politiek gebied. De overheid controleerde de uitkomst door de goedkeuring door de Ziekenfondsraad en daarna door het COTG.

De overeenkomsten boden evenals in het systeem van voor 1941 de specialisten en de huisartsen erkenning, inkomsten, een rechtspositie en voorzieningen voor de uitoefening van hun praktijk. De belangrijkste voorwaarden voor de contractering en het werkgebied waren in de wet vastgelegd. De specialistenovereenkomsten betroffen vooral de tarieven en de beheersing van de kosten van specialistische zorg. De overeenkomsten van de huisartsen waren tot 1955 gericht op de verbetering van de inkomenspositie van de huisartsen. De huisartsen kregen na 1960 een steeds centralere en belangrijker rol in de gezondheidszorg, waardoor thema's als praktijkverbetering, vestigingsbeleid en regionalisatie bij de onderhandelingen en voor de relatie huisartsen-ziekenfondsen steeds belangrijker werden. Het overheidsbeleid versterkte deze ontwikkelingen.

De ziekenfondsen hadden bij de overeenkomsten verscheidene belangen. Zij streefden naar beheersing van de stijging van de honoraria om de verliezen op de vrijwillige verzekering te beperken en de premies zo laag mogelijk te houden. De onderhandelingen waren voor de ziekenfondsorganisaties naast de vrijwillige verzekering de belangrijkste vrijheid, die zij als organisaties van het maatschappelijk middenveld genoten en het voornaamste middel waarmee zij zelfstandig een stempel konden drukken op de ontwikkeling van de gezondheidszorg. De relatie artsen-ziekenfondsen was vaak harmonieus, maar veranderde door principiële verschillen of door de moeizame onderhandelingen soms in conflict. Dit was altijd tijdelijk.

Overheidsingrijpen veroorzaakte soms onrust in de verhouding artsen-ziekenfondsen, zowel bij de onderhandelingen voor de specialisten- als bij de huisartsenovereenkomsten. De overheid speelde soms een bemiddelende rol zoals bij de invoering van het verrichtingenstelsel voor de specialisten in 1949, maar de maatregelen van Hendriks in 1977 en Van Aardenne in 1978 werden door de fondsen en de specialisten als inbreuk op hun vrijheid gezien. Het LSV-conflict uit 1988 werd niet veroorzaakt doordat de specialisten zich door de ziekenfondsen tekortgedaan voelden, maar doordat de LSV door de politiek verweten werd te hoge kosten te maken, terwijl de VNZ geen verantwoordelijkheid voor het financiële beleid voor de overheid kon nemen. Dit conflict kon alleen worden beëindigd, doordat de overheid haar verantwoordelijkheid nam en bemiddelde. De relatie huisartsen-ziekenfondsen werd door de overheid verstoord met ingrepen of dreigende ingrepen in 1949 en in 1954. Het huisartsenconflict van 1966-1967 bleek daarentegen alleen door overheidsdwang te kunnen worden opgelost.

De invloed van de overheid op de relatie artsen-ziekenfondsen werd bij de onderhandelingen en de inhoud van de overeenkomsten geleidelijk groter. Het tarievenbeleid en de invoering van maatregelen als gevolg van de veranderingen in het zorgbeleid werden steeds meer bepalend voor de positie van de

huisarts en de specialist in de gezondheidszorg en het prijskaartje dat zij voor hun verrichtingen mochten rekenen. Dit versterkte de verzakelijking van de verhoudingen artsen-ziekenfondsen, maar tegelijk werd de samenwerking tussen de huisartsen en de verzekeraars door de ontwikkelingen op het gebied van de informatisering, in de gezondheidszorg zelf en door het gevoerde overheidsbeleid steeds nauwer, zowel op het landelijke als het regionale en plaatselijke niveau.

3.6 Conclusies

De relatie artsen-ziekenfondsen na 1940; het kader

De relatie artsen-ziekenfondsen veranderde ingrijpend onder de politieke druk en door de bijzondere omstandigheden in 1940 en 1941. De polarisatie verdween, de relatie werd harmonieus en de invoering van het Ziekenfondsenbesluit betekende de invoering van de landelijke ziekenfondsverzekering en het begin van de steeds groter wordende overheidsinvloed op de verhoudingen. Het kader voor de relatie wordt sindsdien gevormd door de ontwikkeling van de verzekering van de gezondheidszorg, de vrijheid van de artsen en de fondsen bij het voeren van beleid en de regeling van de relatie door middel van het overeenkomstenstelsel.

Fasering in de relatie

In 1945 werd de belangenbehartiging van de artsen gescheiden in die van huisartsen en specialisten door de oprichting van de LSV en de LHV en was er geen sprake meer van een uniforme relatie artsen-ziekenfondsen. De LSV en de LHV sloten na 1946 onafhankelijk van elkaar contracten met de ziekenfondskoepels, waardoor de relaties huisartsen-ziekenfondsen en specialisten-ziekenfondsen zich afzonderlijk ontwikkelden. De fasering in de relatie kon niet meer worden gekoppeld aan de onderlinge verhoudingen, maar was afhankelijk van de vrijheid die de overheid de artsen en de fondsen liet als leden van het maatschappelijk middenveld:

- 1940-1945: de bezettingstijd als overgangperiode, waarin de artsen en de fondsen veranderden van partijen die zelfstandig de inrichting van het ziekenfondsbestel vaststelden in leden van het maatschappelijk middenveld, dat belast werd met de uitvoering van de steeds meer door de overheidsregelgeving gedomineerde ziekenfondsverzekering. De ziekenfondsen en de artsen waren nauw betrokken bij de uitwerking van het Ziekenfondsenbesluit in de Uitvoeringsbesluiten;

- 1945-1974: de tijd, waarin de verzekering van de naoorlogse gezondheidszorg en het landelijke overeenkomstenstelsel ontwikkeld werd. Schaalvergroting en verzakelijking werden door de samenwerking van de ziekenfondskoepels en door de landelijke contractonderhandelingen voor de verhouding artsen-fondsen een belangrijk kenmerk;

De overheid liet de artsen en de fondsen het initiatief in de ontwikkeling van hun relatie in koepelorganisaties, gunde de ziekenfondsen het behoud van hun ideologische achtergrond en een zelfstandige ontwikkeling als verzekeraars en uitvoeringsorganen binnen het raam van de wetgeving en onder toezicht van de Ziekenfondsraad. De fondsen en de zorgaanbieders konden beleid voorstellen en initiëren dat door de overheid werd overgenomen, zoals regionalisatie en de instelling van tarieforganen;

- 1974-1987: de periode, waarin de vrijere rol van de ziekenfondsen en zorgaanbieders als leden van het maatschappelijk middenveld werd teruggedrongen. De overheid streefde naar een samenhangend beleid voor de hele gezondheidszorg door planning, beheersing en herstructurering. Het overheidshandelen beïnvloedde de relatie artsen-ziekenfondsen door het ingrijpen in de onderhandelingen voor de overeenkomsten, met de tariefvaststelling door het COTG en door het kortwieken van de ziekenfondsen door de opheffing van de vrijwillige verzekering en de invoering van de WTZ. De zelfstandigheid van de fondsen bij de uitvoering van de vrijwillige verzekering dwong hen bij de onderhandelingen tot een kostenbesparend tarievenbeleid, maar deze prikkel ging door de WTZ en het COTG verloren. De collectivisatie in het ziekenfondsbestel werd door de maatschappelijke en politieke ontwikkelingen versterkt met als uitkomst de samensmelting van alle ziekenfondskoepels tot de VNZ;

- 1987-1996: de tijd van het zoeken naar een nieuw evenwicht in de verhoudingen tussen artsen, fondsen en overheid. De politiek trachtte de beheersende rol van de overheid terug te brengen tot een meer controlerende rol. Marktelementen als opheffing van de contracteerplicht, een vrijer tarievenbeleid, grotere financiële verantwoordelijkheden voor de fondsen, convergentie van ziektekosten- en ziekenfondsverzekering en veranderingen in het toezicht op de verzekering moesten de partijen prikkelen tot kostenbesparende bedrijfsvoering, verbetering van de zorg en van de verzekering.

De factoren, die de relatie hebben beïnvloed

De relatie wordt na 1941 beheerst door factoren die direct met de verhoudingen artsen-ziekenfondsen te maken hebben en externe factoren die de relatie van buitenaf beïnvloeden. Directe factoren zijn de ideeën en de karakters van de betrokken personen, ideologie, wederzijdse afhankelijkheid en professionalisatie bij de ziekenfondsen en de artsen. Externe factoren zijn bijzondere omstandigheden,

de economische en sociale ontwikkelingen, het overheidsbeleid, ontwikkelingen in de medische wetenschap en de gezondheidszorg.

De ziekenfondsverzekering bleef ook in deze tijd afhankelijk van de ideeën en karakters van de betrokken personen. Voorbeelden van hen zijn politici en ziekenfondsprominenten als Veldkamp, Van der Reijden, Hendriks, Simons, Van Lienden, Snooy, Van de Bunt en de artsen met hun vertegenwoordigers als Nieuwenhuyzen en Van de Bunt.

De ideologische verschillen tussen de artsen en de onderling beheerde ziekenfondsen waren na de invoering van het Ziekenfondsenbesluit niet meer van doorslaggevende invloed op de ontwikkeling van het landelijk ziekenfondsbestel, maar bleven tot aan de oprichting van de VNZ in 1976 wel doorspelen door het onderscheid Maatschappijfondsen of Federatiefondsen V.M.Z. en onderling beheerde fondsen. De verzuiling bleef in de vorm van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen tot de fusie van de Bond met de CBOZ in 1971 een formele rol behouden, maar het katholieke element had zijn praktische betekenis voor het ziekenfondswezen door de ontzuiling geleidelijk verloren.

Artsen en ziekenfondsen bleven ook onder de paraplu van de overheid als verzekeraars en zorgaanbieders van elkaar afhankelijk. Het belang van de ziekenfondsverzekering werd voor de artsen door de voortdurende groei van het aantal verzekerden en de stijging van de honoraria alleen maar groter. Specialisten en huisartsen bleven, evenals vóór het Ziekenfondsenbesluit, hun erkenning als beroepsgroepen ontleen aan de ziekenfondspraktijk.

De machtsverhoudingen tussen de artsen en de fondsen waren eenzijdig. De ziekenfondsen konden door de in 1941 opgelegde contracteerplicht geen artsen weigeren en de artsen waren, afhankelijk van een vestigingsbeleid, verzekerd van een praktijk. De contractonderhandelingen waren overigens geen wassen neus. De ziekenfondsen en de artsen beschouwden deze als hun domein en verzetten zich zo veel mogelijk tegen inmenging door de overheid. De fondsen waren bereid tot aanpassingen van de tarieven en de rechtspositievoorwaarden, maar toonden zich onder druk van de vrijwillige verzekering bewust tot de noodzaak van kostenbeheersing. De tarieven bleven de verhoudingen ook onder het COTG-regime grotendeels beheersen, maar werden vooral bij de relatie huisartsen-ziekenfondsen aangevuld met streven naar praktijkverbetering en samenwerking bij de ontwikkeling van zorgbeleid en zorguitvoering.

De professionalisatie bij de ziekenfondsen en de artsen ging na 1940 versterkt door. De ziekenfondsen zetten het professionalisatieproces uit de tijd voor het Ziekenfondsenbesluit voort als uitvoeringsorganen, in hun koepelorganisaties en in hun relatie met de bovenbouwverzekeringen. Dit had invloed op hun relatie met de zorgaanbieders en stelde hen in staat zich aan te passen aan het steeds veranderende overheidsbeleid. Het belangrijkste teken van de professionalisatie bij de artsen was de verzelfstandiging van de Maatschappijfondsen en de Federatie V.M.Z. in 1952, waardoor de oude emotionele banden van de KNMG met de ziekenfondsen werden losgemaakt. De artsen konden eindelijk hun rol als beleidsbepalers bij de ziekenfondsverzekering loslaten en zich tijdens de onderhandelingen zakelijk als beroepsorganisatie opstellen, bijgestaan door economische, juridische en andere deskundigen.

De dwang, die tijdens de bezetting een einde maakte aan de polarisatie en de artsen en de fondsen dwong tot samenwerking en tot acceptatie van het Ziekenfondsenbesluit was de onverwachte omstandigheid, die de relatie artsen-ziekenfondsen diepgaand beïnvloedde.

De sociale en economische ontwikkelingen hadden invloed op de manier waarop gedacht werd over de verhoudingen tussen de fondsen en de artsen als maatschappelijk middenveld en de overheid zoals voor en na 1987. De economische ontwikkelingen boden tot de jaren '70 de mogelijkheid tot uitbreiding van de gezondheidszorg, de financiering van de verzekering en de verhoging van de tarieven en stelden in de periodes van teruggang grenzen aan deze groei. De welvaartsstijging was mede bepalend voor de door de overheid vastgestelde loongrenzen en daarmee voor de verhoudingen tussen ziekenfondsverzekering en ziektekostenverzekering. De artsen wilden hun aandeel in de groeiende welvaart verzilverd zien in hogere tarieven en verbetering van hun rechtspositie. Dit had zijn weerslag op de onderhandelingen voor de overeenkomsten.

Het overheidsbeleid bepaalde na 1941 de ontwikkeling van de ziekenfondsverzekering en betrok deze steeds meer bij het beleid voor de gehele gezondheidszorg.

De ontwikkelingen in de medische wetenschap en de gezondheidszorg vergrootten de vraag naar zorg, veroorzaakten kostenstijgingen en hadden hun invloed op de tariefvragen van de artsen tijdens de onderhandelingen voor de modelovereenkomsten.

De relatie artsen-ziekenfondsen op het landelijk niveau, 1940-1996

De relatie wordt in deze periode gekenmerkt door verzakelijking en schaalvergroting. De verhouding tussen de artsen en de fondsen werd op het landelijk niveau niet meer bepaald door strijd over ideologische principes of om de bestuursmacht, maar door wetgeving, materiële belangen en samenwerking bij de beleidsvorming in de gezondheidszorg.

De toenemende invloed van de overheid was de belangrijkste oorzaak voor deze verzakelijking. De overheid was verantwoordelijk voor de evolutie van de fondsen, die zich sinds 1940 hebben ontwikkeld van zelfstandige ziekenfondsverzekeraars tot uitvoeringsorganen en zorgverzekeraars. De artsen bleven onder het regime van het Ziekenfondsenbesluit wel de belangrijkste zorgaanbieders voor de ziekenfondsen, maar zij waren niet meer de dominante partij. Alle andere beroepsgroepen kregen gelijke rechten. De verschuiving van de onderhandelingen voor de ziekenfondsovereenkomsten van het lokale naar het landelijk niveau was de volgende stap in het proces van verzakelijking. De vrijheid, die de overheid de fondsen liet om met hun koepelorganisaties te onderhandelen over de overeenkomsten was bepalend voor het harmonieuze of conflictkarakter van de relatie artsen-fondsen. De verzakelijking werd door de overheid na 1987 versterkt doordat zij de ziekenfondsen grotere verantwoordelijkheden, bevoegdheden en vrijheid gaf.

De verzakelijking werd ook gedragen door de fondsen zelf door hun relatie met de bovenbouw, hun samenwerking in koepelorganisaties en de professionalisatie van hun bedrijfsvoering. De fondsen waren door deze ontwikkeling mede debet aan de ondermijning van solidariteit van de ziekenfondsverzekering door hun ondersteuning van de bovenbouwverzekering en de verzwakking van de vrijwillige verzekering rond 1980 en de introductie van collectieve contracten na 1990.

De verzakelijking manifesteerde zich bij de artsen doordat zij in 1945 de Maatschappijfondsen een eigen koepel toestonden en zich in 1952 als actieve deelnemers uit het ziekenfondsbestel terugtrokken door de fondsen met hun Federatie V.M.Z. te privatiseren. De scheiding van de specialisten en de huisartsen in LSV en LHV schiep duidelijkheid bij de behartiging van de beroepsbelangen en maakte gescheiden overeenkomsten voor beiden mogelijk. De overeenkomsten werden het belangrijkste element in de relatie artsen-fondsen, binnen het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ.

Schaalvergroting was het tweede kenmerk van de relatie artsen-ziekenfondsen. De verschuiving van de overeenkomsten naar het landelijk niveau werd mogelijk gemaakt door de collectivisatie van de ziekenfondsorganisaties in het COZ in 1947 en de vorming van de LSV en de LHV in 1945. De schaalvergroting uitte zich bij de ziekenfondsen door de collectivisatie van de koepelorganisaties, door de concentratie van fondsen en na 1987 door de samenwerking en fusies met ziektekostenverzekeraars. De concentratie van fondsen werd versterkt door de werking van de AWBZ. Regionalisatie was een steeds terugkerend thema bij de schaalvergroting, zowel bij de ziekenfondsen, bij de artsen, in hun overeenkomsten als in de formulering van het overheidsbeleid.

Het landelijk beleid voor de ziekenfondsen werd sinds 1941 niet meer uitsluitend geformuleerd door de artsen en de ziekenfondsen, maar door de samenwerking van de artsen, de ziekenfondsen, de overheid en alle andere betrokkenen. De uitvoering van dit beleid lag nog altijd in de handen van de fondsen en de medewerkers. Hoe ontwikkelde zich dit in Midden-Nederland?

1. J.J. Woltjer, *Recent verleden*, 134.
2. W.S.P. Fortuyn, 'Staat en sociaal-economische politiek in de twintigste eeuw' in: F.L. van Holthoon, *De Nederlandse samenleving sinds 1815*, 298.
3. J.J. Woltjer, *Recent verleden*, 448.
4. W. Albeda, '4. Minder regering of een andere regering' in: H. M. de Jong en J.J.A. Thomassen, *Tussen overheid en samenleving* (Enschede 1992) 49.
5. F.L. van Holthoon, 'Verzuiling in Nederland' in: F.L. van Holthoon, *De Nederlandse samenleving sinds 1815*, 168.
6. H.M. de Jong en J.J.A. Thomassen, *Tussen overheid en samenleving*, 1.
7. P.B. Boorsma en J.G.A. van Mierlo, 'De doelmatigheid van het maatschappelijk middenveld. Een politiek economische beschouwing' in: H.M. de Jong en J.J.A. Thomassen, *Tussen overheid en samenleving*, 152-153.
8. J.G.A. van Mierlo, '1. Particulier initiatief in bestuurs- en beleidswetenschappelijk perspectief: maatschappelijk ondernemerschap als moderniseringsstrategie?' in: P. de Jong, J.H. van der Made en J.G.A. van Mierlo, *Gezondheidszorg in de jaren negentig: op weg naar maatschappelijk ondernemerschap?* (Amsterdam 1993) 26.
9. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 231.
10. A. de Swaan, idem, 27.
11. Ph. A. Idenburg, 'Een beleid voor het maatschappelijk middenveld', in: H.M. de Jong en J.J.A. Thomassen, *Tussen overheid en samenleving*, 65.
12. G.H. Okma, *Studies on Dutch health politics, policies and law* (Utrecht 1997) 245-246.
13. J. Mannoury, 'De ontwikkeling van het sociale zekerheidsstelsel' in F.L. van Holthoon, *De Nederlandse samenleving sinds 1815*, 200-201.
14. J.J. Woltjer, *Recent verleden*, 301.
15. J.J. Woltjer, idem, 298.
16. L.A. van der Valk, *Van pauperzorg tot bestaanszekerheid*, 218.
17. L.A. van der Valk, idem, 219.
18. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 221.
19. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting* (Den Haag 1989) 18.
20. H. Festen, *125 jaar Geneeskunst en Maatschappij*, 392-393.
- H.C. v.d. Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 19.
21. C.J. Japenga en H.F. van der Velden, 'Het geneeskundig beroep en de regionale differentiatie in organisatie en financiering van de gezondheidszorg in Nederland (1900-1914)', 518-521.
22. Verslag van de Commissaris, belast met het toezicht op de ziekenfondsen, over het tijdvak 1 nov. 1941-31 dec. 1942, 6-8. In het vervolg afgekort als Verslag van de Commissaris.
23. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 22.
24. H.C. van der Hoeven, idem, 24.
25. Stichting HiZ, Poging tot samenwerken/fusie COZ-GOZ-ziekenfondsen, 1949-1956. Verslagen van de vergaderingen tussen de ziekenfondsorganisaties inzake samenwerking, 1940-1956, notulen van de bespreking van 25 september 1940.
26. De Nederlandse Bond van Ziekenfondsen was een samenwerkingsverband van de nog bestaande directiefondsen als het NAZ en het Rotterdamsch Ziekenfonds.
27. *Het Ziekenfonds* 11 (1939) 4.
28. Stichting HiZ, tot stand komen van de Federatie V.M.Z., 1933-1942. De oprichting van de Stichting Vereenigde Maatschappijziekenfondsen, aangezet door de actie van de Federatie Ziekenhuisverpleging, 1941, brief van het Maatschappij Ziekenfonds "Alphen en Omstreken" aan het Hoofdbestuur van de NMG, 1 september 1941.
29. Stichting HiZ, idem, notulen van de voorlopige Contact-bijeenkomst van Mij.-Ziekenfondsen, 19 oktober 1941.
30. Idem, notulen van de vergadering van provinciale afgevaardigden van Mij.-Ziekenfondsen van 26 oktober 1941.
31. Ph. de Vries, *MC 1941-1945, Geschiedenis van het verzet der artsen in Nederland* (Haarlem 1949) 8-17. Afgekort als MC.
32. MC, 15.
33. Stichting HiZ, tot stand komen van de Federatie V.M.Z., 1933-1942, brief aan W.M. de Vos, administrateur van "Alphen en Omstreken", 4 oktober 1941.

-
34. Stichting HiZ, idem, conferentie van de Maatschappijfondsvertegenwoordigers Van den Bunt, Nieuwenhuyzen, Bartels en Berenpas met dr. Reuter, 7 november 1941.
H. Festen, *125 jaar geneeskunst en Maatschappij*, 398.
 35. Stichting HiZ, tot stand komen van de Federatie V.M.Z., 1933-1942, brief van C. Eggink als secretaris en J.J. Koning als voorzitter van de Huisartsen Commissie aan de besturen van de Maatschappijfondsen, 3 november 1941.
 36. Stichting HiZ, idem, notulen van de Provinciale Afgevaardigden Vergadering van Mij.-Ziekenfondsbesturen van 23 november 1941.
 37. Idem, brief van de Stichting V.M.Z. aan de besturen van de Mij.-Ziekenfondsen, 27 november 1941.
 38. Idem, Stichtingsacte van de Vereenigde Maatschappijfondsen (V.M.Z.), 28-31 oktober 1941.
 39. MC, estafette-bericht van 19 december 1941.
 40. MC, Beschikking no. 1/41 van de President van de Nederlandse Artsenkamer en Leider van de NVZ, over de opheffing van de NMG.
 41. Stichting HiZ, tot stand komen van de Federatie V.M.Z., 1933-1942, notulen van de bestuursvergadering van de Stichting V.M.Z., 24 januari 1942.
 42. MC, 29.
 43. Stichting HiZ, tot stand komen van de Federatie V.M.Z., 1933-1942, brief van Eggink en Diehl aan Croin, 7 december 1941.
 44. MC, 27.
 - Stichting HiZ, opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959. Correspondentie betreffende de oprichting en opheffing van de Stichting Vereenigde Maatschappijziekenfondsen, 1941-1942, brief van Nieuwenhuyzen en Bartels aan de besturen van de Fondsen, 9 februari 1942.
 45. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 76.
 46. MC, 34.
 47. Stichting HiZ, opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959, *Hoe is de huidige toestand in het ziekenfondswezen?* (Typescript; z.p. z.j.).
 48. Stichting HiZ, idem, houding van de Nederlandse artsen t.o.v. het huidige ziekenfondswezen, 7 februari 1942.
 49. MC, 35.
 50. L. Hoogenboom en H.J.F. Keers, *Het Ziekenfondswezen* (Wassenaar 1948) 138.
 51. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 36.
 52. H.C. van der Hoeven, idem, 15.
 53. Verslag van de Commissaris over het tijdvak 1 nov. 1941-31 dec. 1942, 11.
 54. Idem, 15.
 55. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 36-40.
 56. H.C. van der Hoeven, idem.
 57. NMP, inv.no. 316, Doss.nr. 253. Commissie voor het ziekenfondswezen. 1935-1942, brief van de secretaris van de Commissie voor het Ziekenfondswezen aan de secretaris van de NMP over de houding van de NMG, 31 maart 1941.
 58. 'Een betekenisvolle publicatie', *Het Ziekenfonds* 11 (1941) 4.
 59. VHZ, z.i., Nota 'Ter bespoediging invoering ziekenfondsbesluit', september 1941.
 60. Verslag van de Commissaris over het tijdvak 1 nov. 1941-31 dec. 1942, 16.
 61. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 2-3.
 62. Alle door de Duitsers genomen maatregelen op sociaal gebied werden gehandhaafd als passend in de Nederlandse ontwikkeling. Mededeling van L.A. van der Valk.
 63. Verordeningenblad voor het bezette Nederland, 16 augustus 1941, Verordening 160/1941. In het vervolg afgekort als Ziekenfondsenbesluit.
 64. L.S. Godefroi, *Het ziekenfondswezen in Nederland. Ontwikkelingen en perspectieven* ('s-Gravenhage 1963) 59-60.
 65. Ziekenfondsenbesluit, art. 3, lid 1.
 66. Verslag van de Commissaris over het tijdvak 1 nov. 1941-31 dec. 1942, 27.
 67. L.H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondswezen*, 6.
 68. Ziekenfondsenbesluit, art. 2, 1e lid.
 69. Verslag van den Commissaris over 1 nov. - 31 dec. 1942, 118.
 70. L.H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondswezen*, 3.
 71. Ziekenfondsraad, *Rapport betreffende de ontwikkeling van de Nederlandsche ziekenfondsverzekering*, 8.
 72. L.H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondswezen*, 4.

-
73. L.H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, idem, 49-65: Ziekenfondsenbesluit, Tweede uitvoeringsbesluit, artikel 14.
74. Ziekenhuisverpleging was beperkt tot 42 ligdagen per geval met verpleging en behandeling in de laagste klasse: operatie, verbandmiddelen en medicijnen.
75. L.H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondsenwezen*, 60-61.
76. L.H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, idem, 60.
- D. Kortenhoeven, *100 jaar fysiotherapie*, 109.
77. Verslag van de Commissaris over het tijdvak 1 nov. 1941-31 dec. 1942, 76.
78. Verslag van de Commissaris, 1 nov. 1941 - 31 dec. 1942, 79-81; idem, 1943, 61-64, idem, 1944-1945, 63- 67.
- MC, 378.
79. Verslag van de Commissaris, 1946-1947, 86.
80. Idem, 1943, 64-65.
81. Idem, 1943, 4-5.
82. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 71.
- Verslag van de Commissaris, 1 nov. 1941- 31 dec. 1942, 29.
83. Verslag van de Commissaris, 1 nov. 1941 - 31 dec. 1942, 38.
84. Idem, 48.
85. Ziekenfondsraad, *Rapport betreffende de ontwikkeling van de Nederlandse ziekenfondsverzekering*, 11.
86. De formulieren 02, 03 en 04 voor de verzekerdenadministratie en de voorschotten voor de abonnementshonoraria, 05 voor de kwartaaloverzichten met de indeling van de uitgaven voor de financiële administratie en de staat 08 met dezelfde kostenindeling voor de jaarstukken. 05 werd ook gebruikt voor de statistiek voor de verstrekkingen.
87. Verslag van de Commissaris, 1 nov. 1941- 31 dec. 42, 33.
88. L.H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondsenwezen*, 80: Ziekenfondsenbesluit, Uitvoeringsbesluit II, artikel 19.
89. Verslag van de Commissaris, 1 nov. 1941 - 31 dec. 1942, 71, 86.
90. VHZ, z.i. brief van W.M. de Vos aan A.H. Beenhakker, z.d., doorslag.
91. Verslag van de Commissaris, 1 nov. 1941- 31 dec. 1942, 92, 102-103.
92. NMP, inv.no. 430, Doss.nr. 361.1 Centrale Bond van Ziekenfondsen. 1937-1942. "Om het behoud van belangrijke instellingen", afschrift van Het Ziekenfonds, februari 1942.
- K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 57-58.
93. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 147-148.
94. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 58, 145.
95. Verslag van de Commissaris, 1943, 15-19.
- K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 60.
- MC, 380- 382.
96. Verslag van de Commissaris, 1943, 4.
97. MC, 299-308.
98. Verslag van de Commissaris, 1943, 4-10.
99. H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 79.
100. Verslag van de Commissaris, 1943, 10-11.
- MC, 305.
101. Verslag van de Commissaris, 1943, 16.
- ¹⁰² *Ziekenfondswet*, editie Schuurman & Jordens (Zwolle 1980) XV.
- ¹⁰³ L.A. van der Valk, *Van pauperzorg tot bestaanszekerheid*, 51.
- ¹⁰⁴ L. H. Hoogenboom en H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondsenwezen*, 140-141,
- ¹⁰⁵ Verslag van de Commissaris, 1949, 495-496.
- ¹⁰⁶ Beschikking van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van 17 maart 1980, no. 24 474, Strct., 70, i.z. samenstelling Ziekenfondsraad, in: *Ziekenfondswet*, 386-388.
- ¹⁰⁷ De Federatie V.M.Z. was als koepel van de Maatschappijfondsen in 1945 opgericht.
- ¹⁰⁸ Verslag van de Ziekenfondsraad over het jaar 1951, 31.
- ¹⁰⁹ Ziekenfondswet, art. 40: de Ziekenfondsraad kan regelen stellen betreffende:
- a. de minimumeisen, waaraan de administratie moet voldoen, met inbegrip van het verzamelen van statistische gegevens; [...]
- Ziekenfondswet*, 98.

-
- ¹¹⁰. J.A.M. Maarse, '4. Overheid en volksgezondheid', in: J.A.M. Maarse, I.M. Mur-Veeman (red.), *Beleid en beheer in de gezondheidszorg. Problemen, structuren en effecten* (Assen 1990) 62.
- ¹¹¹. In 1997 bestond de Ziekenfondsraad uit 38 leden voor ZFW-zaken en 46 leden voor AWBZ-Zaken. De leden bestaan uit afgevaardigden van groeperingen, die belangen hebben bij de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ en onafhankelijke Kroonleden. De Raad zal vanaf 1 januari 1998 bestaan uit uitsluitend 9 kroonleden en onder de naam College voor Zorgverzekerden verder leven. Taakprofiel van de Ziekenfondsraad, 1997, <http://www.ziekenfondsraad.nl/taak.htm>, 28/4/97.
- ¹¹². Het toezicht op de uitvoerende organisaties werd in 1996 opgedragen aan de Commissie Toezicht, die een onafhankelijke status heeft.
- ¹¹³. H. Roscam Abbing, F.F.N. Rutten, *Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland. Een economisch-juridische studie* (Deventer 1985) 40.
- ¹¹⁴. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 69.
- ¹¹⁵. VHZ, inv.no. 78, brief van het bestuur van de Federatie V.M.Z. aan de aangesloten fondsen, 27 januari 1947.
- ¹¹⁶. Ziekenfondsraad, *Rapport betreffende de ontwikkeling van de Nederlandse ziekenfondsverzekering*, 18.
- ¹¹⁷. Ziekenfondsraad, idem, 53.
- ¹¹⁸. M. de Bruine en F.T. Schut, 'Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering', in J.A.M. Maarse, I.M. Mur-Veeman (red.): *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, 122.
- K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 71.
- ¹¹⁹. M. de Bruine en F.T. Schut, 'Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering', 124.
- ¹²⁰. G.M.J. Veldkamp, *Herinneringen 1952-1967. Le carnaval des animaux politiques* ('s-Gravenhage 1993) 172-173.
- H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 218-219, 226-227.
- ¹²¹. H. Roscam Abbing, H., F.F.N. Rutten, *Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland*, 60.
- ¹²². M. de Bruine en F.T. Schut, 'Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering', 128.
- ¹²³. C.A. Grünwald, '3. De groei van de gezondheidszorg', in: J.A.M. Maarse, I.M. Mur-Veeman (red.): *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, 33.
- ¹²⁴. C.A. Grünwald, '3. De groei van de gezondheidszorg', 32.
- ¹²⁵. C.A. Grünwald, idem, 33.
- ¹²⁶. De klinisch specialistische hulp werd ook na de afloop van het eerste jaar van de klinische behandeling als verstreking erkend. Archief van de Landelijke Specialisten Vereniging, z.i., *Ontwikkeling ziekenfondshonorering specialisten sedert 1958*, typescript.
- ¹²⁷. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 235.
- ¹²⁸. C.A. Grünwald, '3. De groei van de gezondheidszorg', 34.
- ¹²⁹. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 236.
- ¹³⁰. N. de Jong, 'Ontwikkelingen in het pakket en aanspraken verzekerden', in: J.W. van der Linden en J.L.M. van den Heuvel, *Zorg verzekerd... Ontwikkelingen in de sociale ziektekostenverzekering vanaf 1965: aanspraken en bestuurlijke organisatie. Gedenkboek ter gelegenheid van de vrijwillig vervroegde uittreding van mr. J.R. Boerlage* (Amstelveen 1989) 63-64.
- ¹³¹. G.H. Okma, *Studies on Dutch health politics, policies and law*, 77.
- ¹³². H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 251.
- ¹³³. N. de Jong, 'Ontwikkelingen in het pakket en aanspraken verzekerden', 65.
- ¹³⁴. N. de Jong, idem, 65.
- ¹³⁵. J.P.M. Hendriks, 'De rol van de overheid', in: L.J. de Wolff, *De Prijs voor de Gezondheid. Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven 1965-1982* (Baarn 1984) 70.
- ¹³⁶. OA ANOVA-Verzekeringen, archief van de Samenwerkende Instellingen in de Gezondheidszorg, afgekort als SIG, inv.no. 2, brief van A.A. Snooy en F. Schrijver namens de stichting SIG aan de minister van Sociale Zaken, houdende de mededeling dat de voorbereidende werkzaamheden voor het oprichten van de stichting zijn afgerond en de buitengewone verzekering kan worden gestart. Met mededeling van de doelstelling van de stichting, 2 mei 1955.
- SIG, inv.no. 41, circulaire over het ontstaan en de doelstellingen van de Stichting Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg, mei 1956.

SIG, inv.no. 14, correspondentie betreffende het af te sluiten contract voor herverzekering tussen het SIG en de NSV, 1955.

¹³⁷. Ziekenfondswet, art. 41, lid 1-4, Administratieve werkzaamheden voor bepaalde instellingen onder goedkeuring Ziekenfondsraad, in: *Wetgeving Gezondheidszorg-Suppl.* (april 1994) 134.

¹³⁸. SIG, inv.no. 61, notulen van de vergaderingen van de Raad van Beheer van de SIG over de jaren 1955-1968. Besluitenlijst van 1968.

¹³⁹. M. de Bruine en F.T. Schut, 'Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering', 134.

¹⁴⁰. F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector* (Rotterdam 1995) 70-71.

¹⁴¹. M. de Bruine en F.T. Schut, Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering, 139-139.

¹⁴². G.H. Okma, *Studies on Dutch health politics, policies and law*, 122-123.

¹⁴³. H.F. van der Velden, 'Het solidariteitsspel', in: Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening, *Volksgezondheid met beleid. Verkenningen van een breukvlak* (Zoetermeer 1996) 32.

¹⁴⁴. R. T.S.M. Teeuwen, *Ontwikkeling Doelstelling Ziekenfondsen en hun Landelijke Organisatie* (Zeist 1993) 72-73.

¹⁴⁵. J.T.M. van der Heyden, *Het Ziekenhuis door de eeuwen heen. Over geld, macht en mensen* (Rotterdam 1994) 90.

¹⁴⁶. J.T.M. van der Heyden, idem, 140.

¹⁴⁷. F.T. Schut, *Competition in the Dutch health sector*, 71.

¹⁴⁸. Verslag van de Commissaris, 1948, 15.

¹⁴⁹. Stichting HiZ, Opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959. Vergaderingsverslagen, notities en rapporten betreffende de reorganisatie van de Federatie en de verhouding tot de NMG, 1946-1959, verslag van de vergadering van het Voorlopig bestuur van de Federatie, 30 januari 1946.

¹⁵⁰. H. Festen, *125 geneeskunst en maatschappij*, 494.

Stichting HiZ, Opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959. Correspondentie en vergaderingsverslagen betreffende de heroprichting van de Stichting Vereenigde Maatschappijziekenfondsen, 1945-1946, brief van de voormalige Stichting van Vereenigde Mij.-Ziekenfondsen aan de Club van 13, administrateurs, 22 september 1945.

Idem, circulaire van het Medisch Contact aan de besturen van de Maatschappijfondsen, 23 november 1945.

VHZ, inv.no. 78, correspondentie, verslagen en notulen betreffende de eerste jaren van de Federatie V.M.Z., 1945-1949, verslag van de secretaris van het Federatiebestuur over het oprichtingsjaar 1946.

¹⁵¹. Stichting HiZ, Opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959, verslag van de vergadering van afgevaardigden van Mij.-Ziekenfondsen en het hoofdbestuur van het Medische Contact, 1 december 1945.

Idem, verslag van de oprichtingsvergadering van de Federatie V.M.Z..

¹⁵². Stichting HiZ, idem, verslag van de Landelijke Raad van de Federatie, 1 mei 1946.

¹⁵³. Idem, vergaderingsverslagen, notities en rapporten betreffende de reorganisatie van de Federatie en de verhouding tot de NMG, 1946-1959, circulaire van de Federatie aan de besturen van de aangesloten ziekenfondsen, 22 augustus 1947.

¹⁵⁴. Idem.

¹⁵⁵. Stichting HiZ, Losmaking van de Maatschappijfondsen van de NMG, 1941-1949, memorandum bij het schrijven aan het hoofdbestuur van de NMG over de verhouding Federatie-NMG, 27 mei 1947.

Idem, brief van F. Wibaut, secretaris van het Hoofdbestuur van de NMG aan de besturen van de Maatschappijfondsen, 22 augustus 1947.

¹⁵⁶. Verslag van de Commissaris, 1946.

¹⁵⁷. Stichting HiZ, Opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959, memorandum bij het schrijven aan het hoofdbestuur van de NMG over de verhouding Federatie-NMG, 27 mei 1947.

¹⁵⁸. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 52.

¹⁵⁹. Stichting HiZ, Opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959, brief aan de leden van de Landelijke Raad, de aan de Landelijke Raad toegevoegde directeurs/administrateurs en de secretaris van de districtscommissies, 29 juni 1949.

¹⁶⁰. De constituerende vergadering van de NMG werd pas op 26 juli 1947 gehouden. De NMG kreeg in 1949 bij het 100-jarig bestaan het predikaat Koninklijk en werd KNMG. De apothekersorganisatie was in 1948 KNMP geworden.

¹⁶¹. Stichting HiZ, Opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959, Losmaking Maatschappijfondsen van de NMG, 1941-1949, brief van het Federatiebestuur aan het hoofdbestuur van de NMG, 27 mei 1947.

Idem, adres aan de afgevaardigden van de constituerende vergadering en de afdelingen van de NMG, juli 1947.

-
- ¹⁶². Stichting HiZ, idem, brief van F. Wibaut aan het bestuur van de Federatie V.M.Z., 2 augustus 1947.
- ¹⁶³. N. de Graaff, *Veertig jaar en volgende. Ontwikkelingen in en rond de Landelijke Huisartsen Vereniging* (Utrecht 1991) 11-13.
- ¹⁶⁴. Stichting HiZ, *Opbouw en organisatie van de Federatie V.M.Z., 1941-1959*, bijlage bij de agenda van de Landelijke Raadsvergadering van 23 juli 1949, Verhouding van de Maatschappij-Ziekenfondsen tot de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst.
- ¹⁶⁵. Stichting HiZ, idem, rapport van de Reorganisatie-Commissie II, 14, 17 maart 1956.
- ¹⁶⁶. Stichting HiZ, vergaderingsverslagen, notities en rapporten betreffende de reorganisatie van de Federatie en de verhouding tot de NMG, 1946-1959, rapport van de Reorganisatiecommissie II, 17 maart 1956.
- ¹⁶⁷. Verslag van de Commissaris, 1946, 28.
- ¹⁶⁸. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 66.
- ¹⁶⁹. Verslag van de Commissaris, 1946, 206.
- ¹⁷⁰. 'Een stap in de goede richting', *Het Ziekenfonds* 1 (1948) 5.
- ¹⁷¹. Stichting HiZ, poging tot samenwerken/fusie COZ-GOZ-ziekenfondsen, 1949-1956. Verslagen van de vergaderingen tussen de ziekenfondsorganisaties inzake samenwerking, 1940-1956, verslag van de bespreking van de Dagelijkse Besturen van de Federatie VMZ en de Centrale Bond op 3 januari 1952.
- ¹⁷². R.T.S.M. Teeuwen, *Ontwikkeling Doelstelling Ziekenfondsen en hun Landelijk Organisaties*, 26.
- ¹⁷³. Stichting HiZ, poging tot samenwerken/fusie COZ-GOZ-ziekenfondsen, 1949-1956. Losmaking van de Stichting Autonome Ziekenfondsen van de V.M.Z., opgericht april 1951, Enkele gedachten over de verhouding van de Maatschappijfondsen tot de Federatie V.M.Z., 11 oktober 1949, typescript.
- ¹⁷⁴. Stichting HiZ, idem, schrijven van de Algemene Ziekenfondsen A.Z.B.O. te Breda, B.A.Z. te Nijmegen en Z.N.L. te Heerlen inzake opheffing verplichting aangesloten te zijn bij de Federatie, 19 maart 1951.
- ¹⁷⁵. Idem, circulaire aan de besturen van de Organisaties van Algemene Ziekenfondsen, 6 april 1951.
- ¹⁷⁶. Idem, STICHTING AUTONOME ZIEKENFONDSEN, * een nadere verklaring, * antwoord aan de heer C.J. van Lienden, brochure.
- ¹⁷⁷. Idem, brief van het hoofdbestuur van de KNMG aan de besturen van de Federatie en de betrokken ziekenfondsen, 7 september 1952.
- ¹⁷⁸. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 82-85.
- ¹⁷⁹. Stichting HiZ, poging tot samenwerken/fusie COZ-GOZ-ziekenfondsen, 1949-1956. Verslagen van de vergaderingen tussen de ziekenfondsorganisaties inzake samenwerking, 1940-1956, verslag van de bespreking tussen de ziekenfondsorganisaties inzake samenwerking, 15 juli 1955.
- ¹⁸⁰. Stichting HiZ, idem, verslagen van de vergaderingen van de ziekenfondsorganisaties over de mogelijkheden voor een grotere eenheid in het ziekenfondswezen, 21 juli en 15 augustus 1956.
- Idem, correspondentie en nota's betreffende de samenvoeging van ziekenfondsen en ziekenfondsorganisaties, 1950-1956, brief van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen aan het CBOZ, 12 mei 1956.
- ¹⁸¹. Idem, correspondentie en notities, 1956, vergelijking tussen de aan de Algemene Vergadering van de CBOZ voorgelegde stellingen en richtlijnen, welke de Federatie V.M.Z. heeft voorgelegd, 11 juli 1956.
- ¹⁸². Idem, brief van het dagelijks bestuur van de KNMG aan de Federatie V.M.Z., 13 april 1956.
- ¹⁸³. Idem, poging fusie-samenwerking V.M.Z.-CBOZ, OAZ 1951-1957. Notities, correspondentie, artikelen, nota van de leden van het dagelijks bestuur van de KNMG aan het hoofdbestuur, 25 februari 1957.
- ¹⁸⁴. R.T.S.M. Teeuwen, *Ontwikkeling Doelstelling Ziekenfondsen en hun Landelijke Organisaties*, 37.
- ¹⁸⁵. R.T.S.M. Teeuwen, idem, 48.
- ¹⁸⁶. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 265
- ¹⁸⁷. H.C. & E.W. van der Hoeven, idem, 273.
- F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector* (Rotterdam 1995) 57.
- ¹⁸⁸. F.T. Schut, idem, 57-58.
- C.A. Grünwald, '3. De groei van de gezondheidszorg', 34.
- H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 268-269.
- J.T.M. van der Heyden, *Het Ziekenhuis door de eeuwen heen*, 87.
- ¹⁸⁹. *Ontwerp Ziekenfondswet* ('s-Gravenhage 1951) 57.
- Studiecommissie Ziekenfondsverzekering, *Rapport betreffende de werkgebieden en de gevolgen van het werken van twee of meer fondsen in hetzelfde gebied* (Amsterdam 1958) 7-8, 15, 21-31, 44.
- R.T.S.M. Teeuwen, *Ontwikkeling Doelstelling Ziekenfondsen en hun Landelijke Organisaties*, 25-26.
- ¹⁹⁰. A.J.P. Schrijvers, *Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg* (Lochum 1980) 1-2.
- ¹⁹¹. A.J.P. Schrijvers, idem, 3.
- ¹⁹². H.C. & E.W. v.d. Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 290.

-
- ¹⁹³ . B. Sluyters, 'Gezondheidszorg', in: W.Th.G. Derksen, G. Drupsteen en W.J. Witteveen (red.), *Terugtrek van de regelgevers: meer regels, minder sturing?* (Zwolle 1989) 203.
- F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector*, 60-62.
- ¹⁹⁴ . H.F. van der Velden, 'Het solidariteitsspel', 31.
- ¹⁹⁵ . H. Festen, 'De geschiedenis van het ontstaan van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven', in: L.J. de Wolff (red.), *De prijs voor de gezondheid*, 30-31.
- ¹⁹⁶ . H. Festen, idem, 35.
- ¹⁹⁷ . Idem, 37.
- ¹⁹⁸ . H.J. Hannesen en A. Sliedrecht, 'Het COZ in de praktijk', in: L.J. de Wolff, *De Prijs voor de Gezondheid*, 282.
- ¹⁹⁹ . H.J. Hannesen en A. Sliedrecht, idem, 281.
- ²⁰⁰ . Idem, 302.
- ²⁰¹ . *Wat is het COTG* (Utrecht 1995) 11.
- ²⁰² . Idem, 11, 23.
- ²⁰³ . J.T.M. van der Heyden, *Het Ziekenhuis door de eeuwen heen*, 88.
- H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 288-289.
- ²⁰⁴ . H.C. & E.W. van der Hoeven, idem, 316-317.
- ²⁰⁵ . Commissie Dekker, *Bereidheid tot Verandering. Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg* ('s-Gravenhage 1987).
- Zie voor uitgebreide achtergronden voor de hervormingen in de gezondheidszorg met de politieke en maatschappelijke discussies en de ontwikkelingen in de periode 1987-1997: G.H. Okma, *Studies on Dutch health politics, policies and law* (Utrecht 1997) en F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector* (Rotterdam 1995), 43-89.
- ²⁰⁶ . *Ziekenfondswet*, editie Schuurman & Jordens 95, XXI.
- ²⁰⁷ . Commissie Dekker, *Bereidheid tot verandering*, 9, 13, 58-59, e.v.
- F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector*, 75-76.
- ²⁰⁸ . *Hoofdpijnen bedrijfsstrategie A&O-RZMN* (Amersfoort 1992).
- ²⁰⁹ . J.T.M. van der Heyden, *Het Ziekenhuis door de eeuwen heen*, 93.
- ²¹⁰ . *Modernisering zorgsector, weloverwogen verder*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 22393, nr. 20, 4.
- ²¹¹ . *Modernisering zorgsector*, 7.
- ²¹² . *Ziekenfondswet*, editie Schuurman & Jordens 95, XXII.
- ²¹³ . G.H. Okma, *Studies on Dutch health politics, policies and law*, 139-141.
- ²¹⁴ . G.H. Okma, idem, 142.
- ²¹⁵ . Ziekenfondsraad, *Rapport Evaluatie Overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, 1995 nr. 7, 3.
- ²¹⁶ . F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector*, 81.
- ²¹⁷ . Ziekenfondsraad, *Rapport Evaluatie Overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, 4.
- ²¹⁸ . Ziekenfondsraad, idem, 24.
- ²¹⁹ . Idem, 34.
220. Verslag van de Commissaris, 1944 en 1945, 55-67.
221. Ziekenfondsraad, *Rapport Evaluatie Overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, 1995, 6-7.
222. Verslag van de Commissaris, 1946 en 1947, 110-117.
223. *Sociale Verzekeringswetten, II*, Wetgeving Gezondheidszorg-suppl. 136, 3.3/art.44, 10-11.
224. *Sociale Verzekeringswetten*, idem, 12.
225. Verslag van de Commissaris, 1946-1947, 86.
226. Verslag van de Commissaris, idem.
227. N. de Graaff, *Veertig jaar en volgende*, 18. Afgekort als De Graaff.
228. De Graaff, 20-21.
229. Archief van de LSV, z.i., Inleiding, gehouden door A.C. Kraayenbrink op de Bilderbergconferentie van 25 en 26 januari 1956, 5-6.
- Afgekort als Bilderbergconferentie.
230. LSV, Bilderbergconferentie, 8.
231. Verslag van de Commissaris, 1948, 66.

-
232. LSV, Bilderbergconferentie, 12.
233. Verslag van de Commissaris, 1948, 68.
234. LSV, Bilderbergconferentie, 19.
Verslag van de Commissaris, 1949, 648-649.
235. LSV, Bilderbergconferentie, 16.
236. Verslag van den Ziekenfondsraad over 1951, 90.
237. Idem, 92.
238. LSV, Bilderbergconferentie, 20-21.
LSV, z.i., Tarieven Commissie Bingen, 1.
239. LSV, Tarieven Commissie Bingen, 21.
240. LSV, Bilderbergconferentie, 20-21.
- Interview, gehouden met de heer H.J.T. Vermeulen van de LSV op 9 juli 1996.
241. LSV, Tarieven Commissie Bingen, 21.
242. LSV, z.i., ontwikkeling ziekenfondshonorering specialisten sedert 1958, 1.
Afgekort als specialisten.
243. Interview, gehouden met de heer H.J.T. Vermeulen, 9 juli 1996.
244. LSV, specialisten, 3.
245. LSV, z.i., ontwikkelingen ziekenfondshonorering specialisten sedert 1970, 9.
246. Interview, gehouden met de heer H.J.T. Vermeulen, 9 juli 1996.
247. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 384.
248. H.C. & E.W. van der Hoeven, idem, 386.
- ²⁴⁹. F.I. Schut, *Competition in the Dutch health care sector*, 67-68.
250. J.T.M. van der Heyden, *Het Ziekenhuis door de eeuwen heen*, 100-101.
251. J.T.M. van der Heyden, idem, 103.
252. Interview, gehouden met de heer H.J.T. Vermeulen, 9 juli 1996.
- ²⁵³. F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector*, 69.
254. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 387.
255. Ziekenfondsraad, *Rapport Evaluatie Overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, 12.
256. Ziekenfondsraad, *Rapport*, bijlage 2.
257. De Graaff, 21.
258. Verslag van de Commissaris, 1949, 641-642.
259. De Graaff, 27.
260. De Graaff, 23-24.
- VHZ, in.no. 576, stukken betreffende het afsluiten van de nieuwe standaard-overeenkomst ziekenfonds-
huisartsen 1954.
261. De Graaff, 24.
262. De Graaff, 25.
263. Idem.
264. De Graaff, 30-31.
265. De Graaff, 32.
266. Interview met N. de Graaff, directeur van de Landelijke Huisartsen Vereniging over
onderhandelingsopvattingen bij de LHV, 1946-1991, gehouden op 1 juli 1996.
267. De Graaff, 35.
268. De Graaff, 45.
269. VHZ, inv.no. 448, standaardovereenkomst ziekenfonds-huisarts, 1954-1964. Met contracten voor
apotheekhoudende huisartsen.
270. De Graaff, 46-47.
H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 238.
271. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 367, artikelen, circulaires en correspondentie betreffende het conflict
tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en de organisaties van algemene ziekenfondsen over de honoraria,
1967-1969, uiteenzetting van het geschil tussen de Landelijke Huisartsenvereniging en de ziekenfonds-
organisaties over de honoreringsregeling 1967 t/m 1970, gehouden door J. Verschoor, voorzitter G.O.Z., 7
maart 1967.
272. Interview met N. de Graaff, 1 juli 1996.
273. De Graaff, 56.

-
274. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 367, circulaire van de Federatie V.M.Z. aan de besturen van de Federatiefondsen, 17 februari 1967.
275. Amersfoort en Omstreken, idem, brochure van het Centraal Bestuur van de LHV, 3 maart 1967.
Idem, beschikking van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 10 maart 1967.
Idem, uiteenzetting van het geschil tussen de Landelijke Huisartsenvereniging en de ziekenfondsorganisaties over de honoreringsregeling 1967 t/m 1970, gehouden door J. Verschoor, voorzitter G.O.Z., 7 maart 1967.
- O. van Noort, *Het Honorariumconflict van 1966-1967. Hoe huisartsen en ziekenfondsen het abonnementshonorarium betwistten* (Doctoraalscriptie EUR; Rotterdam 1993) 74-77.
276. O. van Noort, *Het Honorariumconflict van 1966-1967*, 76.
277. De Graaff, 56.
278. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 367, circulaires van de Federatie V.M.Z. aan de besturen van de aangesloten ziekenfondsen, 9 november 1966, 6 maart en 8 maart 1967.
Idem, bijlage bij het perscommuniqué van het GOZ over de standpunten van huisartsen en ziekenfondsen, 25 oktober 1966.
Idem, brief van het GOZ aan het bestuur van de LHV, 19 oktober 1966.
279. De Graaff, 104.
280. De Graaff, 105.
281. De Graaff, 107.
282. OA ANOVA-Verzekeringen, archief van het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland, dossiers Maarssebroek/Zilverzorg.
283. Maarssebroek had in 1976 niet meer dan 2.000 inwoners.
- VHZ, inv.no. 565, correspondentie, verslagen en statuten betreffende de fusie Liduina, Ziekenzorg en VHZ, 1977-1980, notulen van de raad van vertegenwoordigers der verzekerdenleden, 22 november 1976.
284. De Graaff, 118.
285. De Graaff, 112.
286. J.H. van der Made en L.C.M. Savelkoul, 'Particulier initiatief in de gezondheidszorg', in: P. de Jong, J.H. van der Made en J.G. A. van Mierlo, *Gezondheidszorg in de jaren negentig: op weg naar maatschappelijk ondernemerschap?* 86.
287. De Graaff, 112.
288. De Graaff, 112.
- ²⁸⁹. Commissie Dekker, *Bereidheid tot Verandering*, 211-214.
290. *Wat is het COTG*, 9, 20-21.
- Ziekenfondsraad, *Rapport Evaluatie overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en AWBZ*, 3.
291. Ziekenfondsraad, idem, 19.

Deel III: De partijen; schaalvergroting en verzakelijking

Het regionaal niveau

3.7 Van Maatschappijfonds Amersfoort en Omstreken tot zorgverzekeraar A&O

Het Amersfoortse Maatschappijfonds stond er in 1939 goed voor. De financiën waren gezond, de verzekerden konden tegen een redelijke premie aanspraak maken op het meest uitgebreide verstrekkingenpakket uit de regio, de relaties met medewerkers waren stabiel en het proces van de regiovorming was bijna afgerond. Het bestuur was niet alleen actief bij de behartiging van de belangen van het eigen fonds, maar streefde naar verbetering van de positie van de Maatschappijfondsen op het landelijk niveau. De relatie met het Hoofdbestuur van de NMG, de Huisartsen Commissie en Eggink was daardoor slecht.

Bezetting, Ziekenfondsenbesluit en daarna

Het fonds kreeg in 1939 en 1940 met de oorlog te maken door de mobilisatie van veel hoofdverzekerden en de huisartsen. De gezinnen van de gemobiliseerden kregen korting en uitstel van premiebetaling.¹ De overgebleven verzekerden werd verzocht de hulp van de huisarts alleen in te roepen als het echt nodig was. Veel Amersfoortse gezinnen werden in mei 1940 geëvacueerd. Om de financiële gevolgen van de meidagen voor de leden te verzachten werd besloten een week premie te schenken. Het fonds nam de onkosten voor de geneeskundige hulp van alle evacués voor zijn rekening en de medewerkers schonken een week honorarium.

Na de capitulatie ging het leven weer zijn gewone gang. De belangrijkste verandering in 1940 was de verlaging van de premie voor inwonende kinderen van 16 tot 19 jaar met 10 cent. De medewerkers waren bereid de verliezen door deze verlaging te dekken door 2% van hun honorarium af te staan.²

1941 en 1942 waren jaren met grote veranderingen. De eerste was een grote uitbreiding van het werkgebied. Op 2 april 1941 trad dokter Leman uit Ermelo met zijn praktijk tot het fonds toe.³ Dit was opmerkelijk. Leman was geen NMG-lid, maar het bestuur had tegen zijn medewerkerschap geen bezwaar als hij maar aan de voorwaarden uit de statuten voldeed. Het Maatschappijfonds accepteerde hiermee voor het eerst niet-Maatschappijgezinden. Behalve Ermelo werden in 1942 ook Barneveld, Putten en Voorthuizen bij het fondsgebied van Amersfoort getrokken.⁴ Het werkgebied had nu zijn definitieve vorm gekregen en besloeg de regio Amersfoort, Eemland en de westelijke Veluwe.

1941 was ook het jaar van de strijd om macht bij de Maatschappijfondsen en voor de Stichting V.M.Z. tussen Van de Bunt, zijn Alphense collegae Nieuwenhuyzen, De Vos en anderen tegen Eggink en Diehl, de bezettende autoriteiten en de NSB. Deze strijd speelde zich buiten het Amersfoortse fonds af.⁵ Amersfoort sloot zich bij de Stichting V.M.Z. aan.

De invoering van het Ziekenfondsenbesluit was ingrijpend door de invoering van de verplichte en de vrijwillige verzekering, maar had geen grote uitbreiding van het verstrekkingenpakket tot gevolg zoals in Zeist. Het fonds vergoedde al paramedische voorzieningen als diathermie, heilgymnastiek, massage en verloskunde. Alleen sanatoriumverpleging, ziekenhuisverpleging en de uitkering bij overliden werden ingevoerd. Amersfoort en Omstreken kreeg zonder problemen een erkenning.

De invoering van de ziekenhuisverpleging was een grote klap voor de Amersfoortse Stichting Ziekenhuisverpleging, want 10.000 verzekerden zegden als gevolg van de verplichte verzekering hun lidmaatschap van de Stichting op.⁶ Dit verlies werd snel gecompenseerd. De herverzekering van de ziekenhuisverpleging van de verplicht verzekerden bij de Stichting werd ondergebracht, veel vrijwillig verzekerden sloten zich bij de Stichting aan en het pakket van de Stichting werd met de bijverzekering voor verplicht verzekerden voor vier weken extra ziekenhuisverpleging uitgebreid.⁷ Het werkgebied van de Stichting werd na 1 november 1941 met de gemeenten buiten Amersfoort vergroot.

De invoering van de vrije artsen- en apothekerskeuze volgens het Ziekenfondsenbesluit had geen vergroting van het aantal medewerkers tot gevolg. Het aantal huisartsenovereenkomsten daalde in 1941 in Amersfoort zelfs van 24 naar 21.⁸ De hoeveelheid apothekers bleef gelijk, 10. Het aantal specialisten steeg van 13 naar 14 en de vroedvrouwen van 4 naar 5. Het medewerkersbestand in de buitengemeenten groeide pas in 1942, toen de medewerkers in de nieuwe gebieden werden meegeteld.⁹ Alle huisartsen, apothekers, specialisten en vroedvrouwen uit de regio hadden al in 1941 een overeenkomst.

Mutaties in het medewerkersbestand in de buitengemeenten, 1942. AHA's zijn apotheekhoudende huisartsen.

	Apothekers	AHA's	Huisartsen	Specialisten	Vroed- vrouwen
1/1/1942	3	13	11	2	6
31/12/1942	3	21	13	2	6

De vrije tandartskeuze uit het Ziekenfondsenbesluit zorgde wel voor verandering. De verzekerden mochten voor 1 november 1941 hun tanden en kiezen alleen laten behandelen in de tandheelkundige polikliniek in Amersfoort. Het fondsbestuur probeerde in Harderwijk, Soest en Ermelo wel contracten af te sluiten met plaatselijke tandartsen, maar de NMT weigerde hieraan mee te werken zolang er in Amersfoort geen vrije tandartskeuze bestond.¹⁰ Het Besluit gebood echter de vrije tandartskeuze, waardoor alle tandartsen in Amersfoort moesten worden gecontracteerd, terwijl de NMT haar leden in de omringende gebieden niet meer kon verbieden voor het fonds te werken. Het probleem van de tandheelkundige voorziening buiten Amersfoort was daardoor wel opgelost, maar de bestaansmogelijkheden van de fondskliniek in Amersfoort werden drastisch beperkt. Toch wisten de tandartsen van de kliniek de instelling de oorlog door te helpen, ook al kregen in 1943 hun 16 Amersfoortse collegae met eigen praktijken een overeenkomst.¹¹

Het Ziekenfondsenbesluit zorgde voor een spectaculaire stijging van het aantal verzekerden, vrijwillig en verplicht.

Verzekerdenstanden per 31 december, 1940-1945

	Vrijwillig	Verplicht	Totaal
1940			17.958
1941	15.342	19.299	36.641
1942	15.853	35.522	51.375
1943	18.101	35.866	53.967
1944	21.388	35.032	56.420
1945	24.067	32.126	56.193

Ondanks de Stopcirculaire uit 1942 bleef het ledenbestand groeien. De staf van administrateur Herman werd voor de uitbreiding van de administratie verdubbeld. Het bodebestand groeide met 50%.¹²

Het Maatschappijfonds kwam met een paar kleerscheuren de oorlog door. Bij het gebouw aan de Hellestraat werden tijdens beschietingen op 21 april 1945 vanaf de toren een paar ramen ingeschoten. Na de bevrijding werden twee personeelsleden wegens NSB-lidmaatschap ontslagen. De tragedie in Putten in oktober 1944 kostte de bodes Meiling en Van Mierveld het leven.¹³ Meiling overleed in maart 1945 in het concentratiekamp te Bernsdorf. Over Van Mierveld was helaas niets bekend.

Het bestuur hield zich tijdens de oorlog *vrij van politieke invloed* en kon het fonds vrijwaren van inmenging van de Artsenkamer en de NVVZA.¹⁴ Croin en Eggink trachtten in juni en juli 1942 de besturen van de Omstreken van Utrecht, VHZ, het Zeister Ziekenfonds, Amersfoort en Omstreken, Woerden en Hilversum te overtuigen van de concentratie van de Maatschappijfondsen in centraal Nederland tot een groot districtsfonds.¹⁵ Volgens Eggink viel het te vormen district prachtig samen met de provinciale fondsen en de ligging van de specialistencentra Utrecht, Amersfoort en Hilversum.

Van de Bunt en zijn medebestuurder Lubsen bedankten voor de eer, officieel met de motivatie dat de gevolgen voor het Amersfoortse fonds niet waren te voorzien.¹⁶ Zij wilden echter zo min mogelijk met Eggink van doen hebben, evenals hun collegae van VHZ en de Omstreken van Utrecht.¹⁷ Woerden en Hilversum sloten zich bij de weigering van Amersfoort aan, waardoor Eggink deze concentratiepoging moest opgeven en zich richtte op de stad Utrecht met VHZ en Ziekenzorg. Van de Bunt en de zijnen hadden daarna van Eggink geen last meer.

Van Maatschappijfonds tot Algemeen Ziekenfonds; naoorlogse veranderingen en modernisering

Het fondsleven kwam na de bevrijding weer snel op orde. Het Maatschappijfonds sloot zich in december 1945 gelijk aan bij de Federatie V.M.Z. Van de Bunt werd bestuurslid van de Federatie en lid van de Commissie voor Advies aan de Regering voor Ziekenfondsangelegenheden.¹⁸ In 1949 was hij een van de Ziekenfondsraadsleden van het eerste uur.

Van de Bunt droeg twee petten, de landelijke en de Amersfoortse, en de belangen van deze petten waren niet altijd gelijk, zoals bleek bij de vrijwillige verzekering. Het Staatstoezicht stuurde de fondsen in januari 1947 een circulaire over de gelijkstelling van de verstrekkingen van de verplichte en de vrijwillige verzekering. Deze waren ook in Amersfoort niet hetzelfde: de vrijwillig verzekerden moesten voor ziekenhuisverpleging naar de Stichting Ziekenhuisverpleging, en op fysiotherapie konden zij geen aanspraak maken.¹⁹

Van de Bunt verdedigde de verbetering van de vrijwillige verzekering in het fondsbestuur, terwijl de artsen en apothekers vonden dat de zelfstandigheid van de fondsen daarmee te ver werd aangetast.²⁰ De tandheelkundige polikliniek zou nog meer verlies opleveren, want de vrijwillig verzekerden waren tot dan toe verplicht zich daar te laten behandelen. Deze verzekerden konden door de gelijkstelling in 1947 echter ook terecht bij de andere tandartsen, met als gevolg dat de artsen en apothekers gelijk kregen. Op 1 juli 1947 moest de kliniek gesloten worden, de verliezen werden te groot.²¹ De vrijwillige verzekering zou na 1947 voor het Amersfoortse fonds, net als voor bijna alle andere ziekenfondsen in Nederland, grote verliezen blijven leveren.

Toch had Van de Bunt gelijk. De beslissingen van het Staatstoezicht moesten door de ziekenfondsbesturen worden nageleefd, zij waren het grootste deel van hun beleidsvrijheid verloren. Het Staatstoezicht zou de veranderingen in de vrijwillige verzekering uit het Vereveningsfonds van de verplichte verzekering financieren, waardoor de besturen ook bij deze verzekering minder in te brengen hadden. De Federatie V.M.Z. steunde het Staatstoezicht en de Maatschappijfondsen hadden met hun lidmaatschap van de Federatie vrijwillig een groot deel van hun zelfstandigheid aan de koepelorganisatie overgedragen.²²

De verschuiving van het afsluiten van de medewerkersovereenkomsten naar het landelijk niveau na 1945 had voor de Amersfoortse artsen en apothekers grote gevolgen. Ook voor het Amersfoortse fonds werden nu de honoraria en rechtspositie door de landelijke collectieve overeenkomsten geregeld in plaats van door de tientallen jaren gebruikte individuele overeenkomsten en riante honoreringen voor huisartsen en apothekers. Het bestuur en de medewerkers hadden moeite deze zelfstandigheid op te geven. De conceptstandaardovereenkomst met de LHV uit 1950 werd met veel moeite aanvaard.²³

De modernisering van de administratie van het fonds ging ook na de oorlog verder. Administrateur Herman kreeg in 1946 de titel directeur. Herman kreeg meer bevoegdheden om de belangen van het fonds bij het Staatstoezicht te verdedigen en hij kon beslissingen nemen over personeelsbeleid en uitgaven, die tot dan toe aan het bestuur waren voorbehouden. Dit kwam de slagvaardigheid van het fondsbeheer alleen maar ten goede. In 1947 kreeg het personeel een CAO.²⁴ Sinds 1948 moesten de dames en heren van het administratief personeel en de bodes de cursussen van de landelijke Commissie Cursus Ziekenfondswezen volgen om bij te blijven op ziekenfondsgebied.

In 1948 werd de samenstelling van het bestuur veranderd. De NMG had in 1947 besloten dat de pariteit bij alle Maatschappijfondsen moest worden doorgevoerd en een tandarts in het bestuur moest worden opgenomen. Het Amersfoortse bestuur was sinds 1930 onveranderd gebleven met de 1/3-1/3-1/3-verhoudingen en de Ledenraad en de buitengemeenten hadden in het bestuur nooit een eigen vertegenwoordiging gehad. Op 16 maart 1948 werd het bestuur uitgebreid met twee verzekerden en twee medewerkers, van wie een tandarts, en dit was dan ook nog een vrouw, J.M. Buitenrust Hettema.²⁵ Zij was de eerste vrouw die in het bestuur van het fonds een rol van betekenis kreeg en Van de Bunt kon in zijn jaarverslag over 1948 daarom trots opmerken, dat *vele zaken zullen ter sprake komen, waarin door haar een waardevol advies kan worden gegeven. Dit komt het geheel zeker ten goede.*²⁶ De samenstelling van de Ledenraad werd aangepast, doordat de leden in het vervolg per plaats werden benoemd.²⁷

De laatste stap in dit moderniseringsproces was de losmaking van het fonds van de KNMG op 4 december 1953, in aansluiting op de verzelfstandiging van de Maatschappijfondsen en de Federatie V.M.Z.²⁸ *Niet dat de banden met de voornoemde Maatschappij zo knellend waren*, maar de verbintenis leverde soms problemen op met de status van de rechtspersoonlijkheid van het fonds. De relatie met de artsenorganisatie was niet altijd even hartelijk geweest en had meer ideologisch dan praktisch nut gehad. Het Maatschappijfonds werd in 1953 omgezet in het Algemeen Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken en dit bleef het tot de fusie met het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland in 1992.

De identiteit van het ziekenfonds was sinds 1941 veranderd van idealistisch Maatschappijfonds tot uitvoeringsorgaan van de Ziekenfondswet. De samenwerking tussen verzekerden en medewerkers in

bestuur en Ledenraad bleef desondanks onveranderd gericht op de regeling en verzekering van de gezondheidszorg in het historisch opgebouwde werkgebied.

In 1950 stichtte het fonds met de Stichting Ziekenhuisverpleging de bovenbouwverzekeraar Coöperatieve Vereniging Gezondheidszorg Centrum Nederland, VGCN. Het fonds probeerde een voortrekkersrol te spelen bij de regeling van de schooltandverzorging in Amersfoort en de buitengemeenten en bij de oprichting van een Tandheelkundig Controle Instituut in de jaren 1948-1951.²⁹ In 1950 en 1951 werden met vervoerders overeenkomsten afgesloten voor het *zittend vervoer* en de inrichting van een centrale meldingspost voor ambulancevervoer.³⁰

Het bestuur nam in 1949 de eerste controlerend geneeskundige in dienst. Deze controles werden daarvoor uitgevoerd door de GGD van de gemeente Amersfoort, maar het ziekenfonds wilde een eigen Stichting Instituut van Samenwerkende Algemene Ziekenfondsen betreffende de Geneeskundige Controle, die voor alle ziekenfondsen in de regio Midden-Nederland zou kunnen werken. Deze instelling werd in 1951 opgericht met de aanstelling van een geneeskundig controleur, de arts G. Le Roy, die aan dit werk een volledige dagtaak had. De aangesloten fondsen waren in 1958 naast Amersfoort en Omstreken het Utrechtse Liduina, het Zeister Ziekenfonds en het ANOZ.³¹

De landelijke huisartsenovereenkomst van 1954 schreef Regionale Commissies van Toezicht voor. Deze commissies bestonden uit acht ziekenfondsvertegenwoordigers en acht vertegenwoordigers van de medewerkersgroepen. Amersfoort trad toe tot de Commissie van Toezicht voor West-Veluwe, Oost-Utrecht, het Gooi en de aangrenzende gebieden. De activiteiten van deze commissie bleven door onderling gekibbel beperkt.³²

Amersfoort had zich aan de eisen van de tijd aangepast met een bestuursstructuur, een rechtspersoonlijkheid, een administratie en een financieel beheer, die geschikt waren voor een regionaal werkend ziekenfonds. De identiteit van het fonds was ook tijdens de problemen van de bezetting, onder het regime van het Ziekenfondsenbesluit en na de aansluiting bij de Federatie V.M.Z. onaangetast gebleven: een door verzekerden en medewerkers bestuurd ziekenfonds. Het werkgebied was intact gebleven: Amersfoort, Eemland en de Westelijke Veluwe. Het fonds had in deze regio een centrale rol in de gezondheidszorg. Deze betrof niet alleen de uitvoering van de vrijwillige en de verplichte verzekering, maar ook de persoonlijke relatie van de bestuursleden met de medewerkers, de contacten met de ziekenhuizen³³ en de initiatieven die het fonds ontplooidde bij de sturing van de gezondheidszorg als de regeling van de schooltandverzorging. Concentratie en regionalisering van de gezondheidszorg waren voor het Algemeen Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken al jaren gesneden koek.

De problemen met de vrijwillige verzekering

In 1954 had het fonds twee problemen: de huisvesting en de lasten van de vrijwillige verzekering.

Het huisvestingsprobleem kon het fonds door verhuizingen zelf oplossen, maar de financiering van de vrijwillige verzekering niet. De rijksbijdragen waren in 1952 gestopt en in 1955 dreigde de vrijwillige verzekering *f* 60.000 verlies op te leveren.³⁴ Het bestuur moest de premie verhogen. *f* 1,65 was de hoogste, nog sociaal aanvaardbare premie, maar dan nog zou er een verlies zijn van *f* 32.750. Dit kon voor 1955 nog uit de reserves worden opgebracht, maar 1956 was een zwart gat. Goede raad was duur. De exploitatie van de vrijwillige verzekering was nooit exact te becijferen, want de ziekenhuisverpleging en de specialistische zorg waren door hun verrichtingentarieven en verpleegdagen nooit goed te begroten. Alleen de kosten van de huisartsenhulp waren door het abonnementshonorarium bekend.

Overleg in de Federatie V.M.Z. bracht in november 1955 uitkomst. De ziekenfondsen hadden de mogelijkheid onderzocht om de kosten van de vrijwillige verzekering landelijk te verevenen, maar dit bleek niet mogelijk.³⁵ Berekeningen wezen uit dat dit regionaal wel kon. Eind 1955 werd daarom de Vereveningskas Midden-Nederland ingericht voor de fondsen, die zich in de regio Midden-Nederland voor de verevening van de premie wilden aansluiten.³⁶ De premie voor zou in 1956 op *f* 1,80 gesteld kunnen worden, maar dan moesten alle fondsen uit het gebied zich bij de verrekenkas aansluiten. De Vereveningskas was helaas een kort leven beschoren, hij werd in 1958 weer opgeheven. Te weinig fondsen hadden zich aangesloten om de verevening rendabel te maken.³⁷ De berekening van een rechtvaardige en voor de organisatie rendabele premie bleef een groot probleem tot de instelling van de landelijke vereveningskas met regiorayons in 1965.³⁸

Het Algemeen Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken, 1954-1992

De periode 1956-1965 kan worden omschreven als vredig voortkabbellend. Directeur Herman nam in 1955 afscheid en werd opgevolgd door J. van der Span. Na diens dood in 1960 nam G. de Vos zijn functie over. Vos werd in 1982 opgevolgd door G.J.M. Bos.

Het fonds voerde de vrijwillige en de verplichte verzekering uit en onderhield de relatie met de medewerkers en instellingen en de andere fondsen in de regio via de Federatie, de Vereveningskas en de samenwerkingsinstellingen. Nieuw was het Artsenlaboratorium voor Amersfoort en Omstreken dat in 1957 van start ging. Dit laboratorium werd door het fonds gesubsidieerd. In 1961 werd de berekening van de recepten uitbesteed aan het Recepten Uitreken- en Codeerbureau te Utrecht en een Medisch-Farmaceutische Commissie opgericht. In 1963 richtte het fonds een eigen audiologisch centrum op met een audioloog, een akoepediste en spreekuren voor KNO-artsen.³⁹

De invoering van de bejaardenverzekering in 1957 bracht extra werk mee, maar dit werd zonder problemen opgevangen. Van de Bunt beschouwde deze verzekering als een sociale zegen.

Het landelijk huisartsenconflict van 1965-1967 verstoorde tijdelijk de relatie van het fonds met de huisartsen. De Vos had uitgerekend dat Amersfoort als honorarium voor de vrijwillige verzekering $f 6 - f 9$ kon betalen, terwijl de huisartsen $f 8 - f 12$ vroegen.⁴⁰ Van de Bunt en De Vos wilden de huisartsen als tijdelijke oplossing in januari 1967 een individuele overeenkomst aanbieden, maar van deze mogelijkheid werd geen gebruikgemaakt.⁴¹ Het huisartsenconflict werd op 16 april 1967 beëindigd door de goedkeuring van de nieuwe overeenkomst door de Ziekenfondsraad.⁴²

De administratie werd in 1964 en 1965 gemechaniseerd. Men werkte nog steeds met de ADREMA-machine uit 1937 en die was nu wel een beetje versleten. Het bestuur benoemde een studiegroep *mechanisering* en koos op advies voor de aanschaf van een ponskaartenmachine.⁴³ Het ziekenfonds had met de invoering van de werkzaamheden als gevolg van de AWBZ in 1968 dankzij de mechanisering weinig problemen.

De volgende fase in de ontwikkeling van de administratieve organisatie begon in 1970 met de plannen tot automatisering. Directeur De Vos onderzocht met zijn collegae uit Zeist en Arnhem de mogelijkheden tot samenwerking, maar dit mislukte.⁴⁴ Vos nam daarop contact op met J.J. Kutterik, directeur van de Stichting Organisatie en Automatisering Ziekenfondsen, de SOAZ. Zij richtten een stuurgroep op, die adviseerde de administratie onder te brengen bij het Centrum voor Informatieverwerking, het CVI te Utrecht. Andere ziekenfondsen sloten zich hierbij aan tot de CVI-groep. Andere administratief-organisatorische veranderingen in deze tijd waren de groei van de girale incasso, waardoor het karakter van de bodedienst veranderde van incasso naar buitendienst en het steeds meer vervangen van het directe contact met de verzekerden door de telefoon. In 1974 werd de naam van de afdeling bodedienst veranderd in *incasso en informatie*.⁴⁵

Amersfoort en Omstreken raakte daarna een beetje ingeslapen, totdat G.J.M. Bos in 1982 het directiehoofd overnam van G. de Vos. Bos kreeg te maken met twee kwesties: de bovenbouwverzekeraar VGCN fuseerde met het Zilveren Kruis en de vrijwillige verzekering dreigde te worden opgeheven. Beide betekenden voor Amersfoort en Omstreken verlies van werkgelegenheid, verantwoordelijkheid en minder invloed bij de verzekerden.⁴⁶

Het bestuur en de directie wilden Amersfoort en Omstreken, in de wandelgangen nu A&O genoemd, moderniseren om klaar te zijn voor de nieuwe tijd. Het fondsmanagement stapte in 1984 uit de CVI-groep en begon zelf met de ontwikkeling van geautomatiseerde administratieve systemen. Men besloot tot de oprichting van een eigen Ziektekosten-, Schade- en Levensverzekeringsmaatschappij en tot het aanmaken van een nieuwe aanvullende verzekering op de standaardpakketpolis. In september 1986 ging de N.V. Schade Verzekeringen en in 1987 de N.V. Leven Verzekeringen van start. De relatie met het Zilveren Kruis bleef voor de bovenbouwverzekering bestaan.

Het ziekenfonds kreeg verzekeringszuspjes. A&O bleef een ziekenfonds en ziekenfondsen mochten op grond van de Ziekenfondswet geen commerciële nevenactiviteiten ontplooiën. De verzekeringsactiviteiten waren daarom formeel losgekoppeld van de ziekenfondsverzekering.⁴⁷ Het begin van de verzekeringspoot was voorzichtig, het leerproces kostte veel tijd, de portefeuilles groeiden langzaam en de winsten waren klein.⁴⁸

Deze initiatieven waren nog onvoldoende om te zorgen dat A&O als zorgverzekeraar sterk genoeg was om de te verwachten ontwikkelingen in jaren negentig aan te kunnen. De Commissie Dekker had haar rapport uitgebracht, de politiek discussieerde over veranderingen in de verzekering van de gezondheidszorg met marktwerking, budgettering en het risicodragen van de ziekenfondsen. Bos vreesde voor een concurrentieslag tussen de verzekeraars en de ziekenfondsen en pleitte voor versterking van de verzekeringstak.⁴⁹ Daarnaast wilde hij samenwerking van de ziekenfondsen in het *Utrechtse-geheel vanuit het oogpunt versterking in een aaneensluitende regio en een afronding van de*

*zorgkant met een academisch ziekenhuis.*⁵⁰ Kortom: regionalisatie volgens oude Amersfoortse tradities en in de gedachte van de Structuurnota Gezondheidszorg.

Bos' wensen zouden worden verhoord. In augustus 1987 werd hij benaderd door P.R. Beintema, directeur van het RZMN, om te overleggen over samenwerking of fusie. Dit contact zou na vele gesprekken en onderhandelingen in 1992 leiden tot de fusie RZMN/A&O, het latere ANOVA.

De verzakelijking van Amersfoort en Omstreken; een evaluatie

De relatie tussen het Maatschappijfonds Amersfoort en Omstreken en de artsen in de regio Amersfoort, Eemland en de Westelijke Veluwe bleef ook na 1940 harmonieus. De factoren, die de relatie beïnvloedden waren de invoering van het Ziekenfondsenbesluit en de groeiende invloed van het landelijk overheidsbeleid zoals de AWBZ, de collectivisatie, de Maatschappijfondsenideologie, de relatie met de koepelorganisaties, de ideeën, de karakters en de relaties van de verzekerden en de artsen uit het bestuur, de samenwerking met de ziekenfondsen in de regio, de capaciteiten van de administrateurs en directeurs, en de ontwikkelingen op het gebied van de administratieve organisatie en automatisering.

Het fonds verloor een groot deel van zijn financiële en administratieve zelfstandigheid onder invloed van het overheidsbeleid door de controles en de richtlijnen van het Staatstoezicht en de Ziekenfondsenraad als gevolg van het Ziekenfondsenbesluit, de Ziekenfondswet en de AWBZ, maar de structuur bleef intact. De bestuursvorm van het fonds werd in 1948 gewijzigd door de invoering van de pariteit volgens de richtlijnen van de NMG en de voorschriften van de koepelorganisatie. Deze verandering in de machtsverhouding tussen verzekerden en medewerkers had geen gevolgen voor het beleid, dat het ziekenfonds onder de beperkingen van de collectivisatie en de overheidsregelgeving nog zelfstandig kon ontwikkelen. Dit bleef gebaseerd op de solidariteit van voor 1941: de gedeelde verantwoordelijkheid van de vertegenwoordigers van de verzekerden en de medewerkers, met een steeds grotere uitvoerende rol van de administrateur/directeur.

De verzakelijking van de relatie tussen de artsen en het fonds begon in 1945 met het vervangen van de eigen medewerkersovereenkomsten door de collectieve landelijke overeenkomsten van de Federatie V.M.Z. met de medewerkersorganisaties. Het fondsbestuur beschikte na 1945 niet meer over bevoegdheden om de tarieven in het eigen werkgebied te bepalen, maar streefde er wel naar om binnen de mazen van het Ziekenfondsenbesluit, de Ziekenfondswet en de AWBZ de gezondheidszorg te sturen door deelname in voorzieningen als de schooltandverzorging, kruisverenigingen, afspraken en overleg met de instellingen in de regio, samenwerking met de naburige ziekenfondsen, het onderhouden van bovenbouwverzekeringen en aanvullende verzekeringen en de uitvoering van de vrijwillige verzekering. Het werkgebied vormde een samenhangend geheel van verzekering en gezondheidszorg: de regio Amersfoort, Eemland en de westelijke Veluwe.

Amersfoort en Omstreken ging in 1992 op in het grote geheel RZMN/A&O, het latere ANOVA. Het bestuur en de directie van Amersfoort en Omstreken wensten een fusie met het RZMN om te overleven in de processen van marktwerking, regionalisatie, herstructurering en besluitvorming over de ziekenfondsverzekering en de gezondheidszorg. Overheidsbeleid en collectivisatie hadden bij Amersfoort en Omstreken sinds 1941 geleid tot verzakelijking en concentratie. Deze concentratie vormde het sluitstuk van de verzakelijking van de relatie artsen-ziekenfonds in het werkgebied van het voormalige Maatschappijfonds. Het was het einde van een eigenzinnig, ideologisch bevlogen fonds, waar artsen en verzekerden sinds 1929 bestuurlijk in harmonie samenwerkten bij de behartiging van hun gemeenschappelijke belangen in de gezondheidszorg. Ziekenfondsenbesluit en andere maatregelen hadden dit niet veranderd, maar door de druk van de politieke en de maatschappelijke ontwikkelingen voelden het bestuur en de directie, dat het fonds in 1992 als organisatie te klein was om bestaansrecht te hebben.

Totale kosten in guldens van de vrijwillige verzekering, de gemiddelde zielenstanden en de kosten per ziel volgens de exploitatieoverzichten uit de jaarverslagen en de Staat-08, 1950-1985.

Paramedisch: alle uitwendige geneeswijzen.

Sanatorium: inclusief verpleging in verpleeghuizen.

Overige: inclusief de buiten werkgebied verleende hulp.

Zielen: in aantallen van Amersfoort en de buitengemeenten.

	1950	1955	1960	1965	1970	
Huisartsen	149.807	259.937	345.506	481.593	986.995	1.841
Farmacie	162.830	214.821	339.506	666.148	1.382.734	2.650
Specialisten	197.085	234.255	473.223	789.204	1.489.431	2.945
Tandheelkunde	77.119	108.395	204.813	316.510	570.670	1.295
Verloskunde	13.629	23.838	37.883	48.328	90.408	115
Ziekenhuis	213.158	346.483	821.651	1.822.198	4.069.056	8.333
Paramedisch	14.322	22.702	51.886	117.966	235.027	520
Kunstmiddelen	18.731	28.673	47.976	64.329	109.967	168
Ziekenvervoer	19.191	11.907	26.840	43.054	105.270	314
Sanatorium	61.368	61.090	57.063	58.022	24.949	100
Kraamzorg			25.551	19.475	163.482	278
Overige	1.980	1.082				
Kosten	929.220	1.313.183	2.431.898	4.426.827	9.227.989	18.570
Zielen	29.083	27.087	30.618	27.014	26.198	27
Kosten/ziel	31,94	48,48	79,43	163,87	352,24	600

Totale kosten in guldens van de verplichte verzekering, de gemiddelde zielenstanden en de kosten per ziel volgens de exploitatieoverzichten uit de jaarverslagen en de Staat-08, 1950-1985.

Paramedisch: alle uitwendige geneeswijzen.

Sanatorium: inclusief verpleging in verpleeghuizen.

Overige: inclusief de buiten werkgebied verleende hulp.

Zielenstanden: in aantallen van Amersfoort en de buitengemeenten.

	1950	1955	1960	1965	1970	19
Huisartsen	286.921	738.516	1.028.461	1.826.325	4.618.066	9.600.5
Farmacie	291.159	627.173	1.125.747	2.838.870	7.437.634	15.833.1
Specialisten	350.569	727.564	1.505.219	3.202.928	7.538.518	16.692.0
Tandheelkunde	147.028	309.142	557.597	1.113.111	2.452.707	6.167.5
Verloskunde	36.558	54.342	85.755	184.519	467.934	755.6
Ziekenhuis	425.205	1.109.594	2.949.767	6.891.988	18.880.380	44.792.5
Paramedisch	16.135	63.409	157.230	382.163	997.436	3.378.2
Kunstmiddelen	24.321	70.890	129.880	229.956	444.039	855.5
Ziekenvervoer	33.762	39.516	76.282	100.648	492.549	1.446.2
Sanatorium	7.161	2.204	894.72	100.648		453.2
Kraamzorg			126.665	144.374	902.273	1.905.2
Overige	3.507	1.068		826		
Kosten	1.622.326	3.743.418	7.832.075	17.085.914	44.231.536	101.880.1
Zielen	55.342	78.106	91.140	102.446	122.578	145.2
Kosten/ziel	29,31	47,93	85,93	166,78	360,84	701,

3.8 Fondsen van verzekerden en medewerkers; regiovorming in het Utrechtse

Het Zeister Ziekenfonds en het Maatschappijfonds de Omstreken van Utrecht verzorgden in 1941 het leeuwedeel van de ziekenfondsverzekering in het gebied rond Utrecht. Deze fondsen werden door de medewerkers en de verzekerden gezamenlijk beheerd en verschilden in karakter niet van het Utrechtse VHZ. Fusie van deze ziekenfondsen, en daarmee de samenvoeging van de werkgebieden tot een regio leek logisch, maar het zou tot 1978 duren voor het zover kwam.

De Omstreken van Utrecht; bezetting, Ziekenfondsenbesluit en reorganisaties, 1940-1949

De OvU was sinds 1933 gegroeid van 7.274 betalende leden tot 17.299 in september 1941.⁵¹ De spreiding van het ledenbestand over de gemeenten is onbekend. Op 28 december 1942 waren 13.642 zielen vrijwillig en 28.649 zielen verplicht verzekerd.⁵² Alle huisartsen, tandartsen, apothekers en specialisten uit de regio werden gecontracteerd tegen de voorwaarden van de overeenkomsten uit 1940. De laatste huisartsen met eigen doktersfondsen uit de regio sloten zich voor november 1941 bij de OvU aan. De administratieve verwerking van het Ziekenfondsenbesluit leverde geen problemen op. In april 1942 waren de leden- en verstrekkingenadministraties door Snooy en de administratieve staf van VHZ verwerkt.

De voorschriften van het Staatstoezicht op de uitvoering van de geneeskundige controles waren moeilijker uit te voeren. Het fonds beschikte niet over een controleapparaat en moest zich daarvoor in mei 1942 aansluiten bij de Utrechtse Commissie van Toezicht.⁵³ Dokter L. van der Perk, de controlerend geneesheer van de Utrechtse fondsen, werkte sindsdien voor de hele regio. De controle op de receptuur werd ook aan de CvT uitbesteed.

Het bode-apparaat werd in 1942 gereorganiseerd tot een incassoadministratie.⁵⁴ De OvU beschikte over twee soorten bodes. Snooy had in 1933 een contract gesloten met de verzekeringsmaatschappij Victoria. De agenten van Victoria werkten in hun rayon ook als bode voor het Maatschappijfonds. In de gemeenten waar geen verzekeringsagenten waren, fungeerden de huisknechten van de plaatselijke artsen als agenten of bodes. De eisen die het Staatstoezicht aan de administratie en de incasso met het couponstelsel stelde, maakten volgens Snooy de instelling van vaste wijken met incasseerders nodig. Dit gebeurde tot groot verdriet van de doktersknechten, die aan hun agentuur een leuk zakcentje altijd overhielden en tijdens het ophalen van de premies her en der een neutje pakten.⁵⁵ Zij kregen ter compensatie 1,5 jaar incassoloon.

Het fonds kwam heelhuids de oorlogsjaren door. Het bestaan van de Omstreken van Utrecht hing in 1942 en 1943 aan een zijden draad door de concentratieplannen van Van der Does, Croin en Eggink, maar door de samenwerking van het bestuur met de andere fondsen in de regio behield het zijn zelfstandigheid.

In januari 1946 sloot de OvU zich samen met VHZ en de aangrenzende Maatschappijfondsen Vecht en Omstreken en Woerden en Omstreken bij de Federatie V.M.Z. aan.⁵⁶ Het bestuur moest hiervoor net als bij het Amersfoortse fonds zijn samenstelling aanpassen en de pariteit invoeren, waarin het eigenlijk geen zin had. De oude samenstelling had altijd voldaan en een bestuur, ingericht volgens de richtlijnen van de Federatie en de NMG, zou volgens de huisartsen topzwaar worden: een apotheekhoudende en een niet-apotheekhoudende huisarts, een specialist, een tandarts, twee apothekers en zes verzekerden.⁵⁷ Het bestuur besloot zich niet aan de voorwaarden van de Federatie te houden en nam alleen een specialist op.

Een specialist in het bestuur was wel nodig voor overleg met de Utrechtse Specialisten Vereniging. Het specialistencontract uit 1939 liep af en de OvU moest voor de vrijwillige verzekering een nieuw contract afsluiten. De specialisten waren ontevreden over hun honorering. Vooral de röntgenologen klaagden, want verschillende typen bestralingen werden niet vergoed.⁵⁸ De specialisten wilden een honorering als bij VHZ, waar de honoraria niet alleen hoger lagen, maar waar de vrijwillig verzekerden net als voor de oorlog alleen poliklinische hulp vergoed kregen. De lage honoraria bij de OvU waren volgens de voorzitter dr. Van Dop en Snooy te wijten aan het feit dat op het platteland van specialistische hulp veel minder gebruikgemaakt werd dan in de stad.

*Vershil in specialistische consultaties tussen Utrecht en het plattelandswerkgebied van de Omstreken van Utrecht, 1933-1944*⁵⁹

	Verwijskaarten/100 verzekerden		Herhalingskaarten in % verwijskaarten		Consulten/1000 verzekerden	
	Utrecht	OvU	Utrecht	OvU	Utrecht	OvU
1933	36,8	10,7	50,6	15,2	10,5	3,2
1934	30,9	11,4	53,5	17,6	9,9	2,5
1935	28,6	11,8	61,9	15,3	10,4	4,4
1936	28,1	15,2	59,1	17,2	12,3	5,3
1937	30,8	18,3	59,6	23,2	14,3	4,4
1938	29,5	14,8	67,1	26,3	17,1	4
1939	30,1	14,9	57,5	24,7	16,2	5,4
1940	28,1	15,9	54,4	19,3	18,1	4,4
1941	31,8	16,3	53,8	21,2	18,4	5,5
1942	36,2	17,5	48,9	18,4	19,4	3,4
1943	40,5	21,3	48,2	16,3	17,7	3,9
1944	36,1	16,5	46,1	14,7	18,2	3,3

Snooy moest na uitvoerige berekeningen toegeven dat de honoraria bij de OvU inderdaad lager lagen dan in Utrecht.⁶⁰ De Specialisten Vereeniging en het fondsbestuur besloten een herziening van de honoraria te laten afhangen van de onderhandelingen, die de ziekenfondsorganisaties en de LSV voor een landelijke overeenkomst voerden. De kwestie werd uiteindelijk opgelost door de regeling van het Staatstoezicht, dat bepaalde dat bij de gelijkshakeling van de verstrekkingen van de vrijwillige en de verplichte verzekering in 1947 het specialistenhonorarium voor de Omstreken van Utrecht werd vastgesteld op f 2,25 per jaar.⁶¹

De Omstreken van Utrecht en VHZ; over concentratie van Maatschappijfondsen

Voorzitter Van Dop en verzekerdensbestuurslid Van de Meene vroegen zich naar aanleiding van het gelijktrekken van de voorzieningen van de twee ziekenfondsverzekeringen in 1947 af of de OvU als plattelandsmaatschappijfonds nog wel bestaansrecht had. VHZ en de OvU brachten hetzelfde lijvige jaarverslag uit, de administraties van de fondsen waren geheel gelijk, de honoraria van stad en platteland waren sinds 1947 hetzelfde en het bestuur van de OvU vergaderde al sinds jaar en dag in het pand van VHZ.⁶² Samenvoeging of concentratie van de twee Maatschappijfondsen tot een groot Provinciaal Utrechts Ziekenfonds was nu voor de hand liggend. Snooy toonde zich als administrateur van beide fondsen enthousiast en arrangeerde op 11 februari 1949 de eerste fusiebespreking.

Vervolgens: windstilte. Het bestuur van de OvU vergaderde pas weer op 21 maart 1950. De reden was eenvoudig: *dat de aardigheid van vergaderen tegenwoordig af is. [...] De Ziekenfondsbesturen kunnen zo weinig zelf doen, alles wordt vanaf Amsterdam geregeld*, door de Ziekenfondsraad.⁶³ Toch ontplooidde het fonds nieuwe activiteiten. De schooltandverzorging was van de grond gekomen door oprichting van de Stichting Schooltandverzorging "Noord-West Utrecht". Het dagelijks bestuur sloot in samenwerking met de Utrechtse fondsen een vervoersovereenkomst voor een Centrale Meldingspost en vervoer door de Utrechtse GGD.

Ondanks deze initiatieven beschouwde het bestuur van de OvU het fonds alleen nog maar als uitvoeringsorgaan van de ziekenfondsverzekering. Samenvoeging met VHZ zou een grote besparing op de beheerskosten betekenen. Voorzitter Ten Cate van VHZ en Van Dop zagen het liefst een fusie van de twee fondsen met Amersfoort en Omstreken en het Zeister Ziekenfonds en het bestuur van de Federatie V.M.Z. drong daar ook op aan. Zover zou het in 1950 nog niet komen. Het Zeister

Ziekenfonds wilde zijn zelfstandigheid nog niet opgeven en het werkgebied van Amersfoort en Omstreken lag voor het gevoel te veel buiten de provincie Utrecht.

Technisch en emotioneel waren er voor de besturen voor de beide fondsen geen redenen meer om gescheiden te blijven.⁶⁴ Ervaringen met provinciale fondsen in Groningen, Friesland en Drenthe hadden aangetoond dat de medewerkers en de verzekerden op het platteland niet achtergesteld zouden worden bij die van de stad.⁶⁵ Fusie van VHZ en de OvU zou de positie van VHZ tegenover de stedelijke fondsen Liduina en Ziekenzorg zelfs versterken.

Op 19 juni 1950 was het zover. De Omstreken van Utrecht fuseerde met het Utrechtse VHZ. Het nieuwe fonds kreeg de naam Algemeen Maatschappij Ziekenfonds voor Utrecht en Omstreken "Voorzorg en Hulp bij Ziekte" u.a.⁶⁶ Het VHZ-bestuur werd aangepast met een paritaire samenstelling met zeven verzekerden, twee huisartsen, twee specialisten, twee apothekers en een tandarts. De verzekerden van de Maatschappijfondsen in Utrecht en de ommelanden konden in het vervolg bij één ziekenfonds terecht.

De eerste grote concentratie van ziekenfondsen in de provincie Utrecht was voltooid. De fusie van het katholieke Centraal Ziekenfonds met Liduina in 1946 was wel eerder, maar deze fondsen hadden veel minder invloed op de regionale gezondheidszorg en waren kleiner. De samenvoeging van VHZ en de OvU was gezien alle argumenten een logische stap waaruit, net als bij Amersfoort en Omstreken, bleek dat in Midden-Nederland de ideologie van de Maatschappijfondsen en de professionaliteit van bestuurders en bedrijfsvoering de belangrijkste brandstof waren voor de vorming van een regionaal werkgebied. Het werkgebied van VHZ was met deze fusie echter nog niet afgerond, want het Zeister Ziekenfonds vormde nog steeds een enclave.

Het Zeister Ziekenfonds na 1940; professionalisatie, groei en wetgeving

Het Zeister Ziekenfonds was ook in 1940 financieel gezond en groeide nog steeds. De reserves bedroegen gemiddeld f 10.000 en het ledental steeg tot 10.935 op 1 januari 1940. Bode Balledux kwam handen en vooral voeten te kort om de contributie bij alle leden op te halen en de ziekenfondskaarten af te stempelen. Het budget bedroeg meer dan f 100.000.⁶⁷ Het werk aan de financiële en de ledenadministratie was zo gegroeid dat het bestuur dit in handen wilde geven aan een administrateur met een volledige dagtaak.⁶⁸

Verzekerdenbestuurslid Kuilenburg kreeg deze baan en Balledux werd gesteund met twee nieuwe hulpbodes. Het rayon werd verdeeld in wijken, waar de bodes zelfstandig in dienden te werken. Het bestuur zorgde voor goede secundaire arbeidsvoorwaarden. Het sloot voor hen verzekeringen tegen arbeidsongeschiktheid, regelde een pensioenverzekering en beloofde de uitkering van vakantiegeld. Het Zeister Ziekenfonds beschikte nu over een staf van professioneel personeel en een goede administratie. Kuilenburg regelde ook de huisvesting. In 1942 werd het pand Hogeweg 16 gehuurd. In 1952 betrok het fonds een nieuw kantoor in de villa Woudenbergseweg 9.

Deze verbeterde organisatie bleek nodig voor de onverwachte invoering van het Ziekenfondsenbesluit. Op 16 oktober 1941 vroeg het bestuur erkenning aan als Algemeen Ziekenfonds.⁶⁹ Voorzitter Van Lidth de Jeude had weinig vertrouwen in de levensvatbaarheid van het Zeister Ziekenfonds onder de nieuwe regels. Het verstrekkingspakket moest niet alleen worden uitgebreid met tandheelkundige en paramedische zorg, maar de ziekenhuisverpleging voor meer dan 42 dagen moest ook worden geregeld.

In 1929 was de Vereniging voor herverzekering bij het Zeister Ziekenhuis opgericht. Deze ziekenhuisverplegingsvereniging stond los van het Zeister Ziekenfonds, maar was wel aangesloten bij de Federatie van Vereenigingen van Ziekenhuisverpleging van Stolk en Buijze, die verbonden was met de CBZ. Het Zeister Ziekenfonds wilde geen samenwerking met de OvU, maar evenmin een relatie met een CBZ-organisatie.

Goede raad was duur. Het fonds was geen Maatschappijfonds, maar het bestuur stond wel voor de idealen van de NMG: vrije artsenkeuze, verzekerden in het bestuur en een goede rechtspositie voor de medewerkers. Van Lidth de Jeude riep maar de hulp van Snooy en het bestuur van VHZ in, de huisarts Wefers Bettink en de specialist Lichtenbelt.⁷⁰ Deze adviseerden aansluiting bij de NMG als Maatschappijfonds en herverzekering van de ziekenhuisverpleging bij hun Stichting Utrechts Ziekenhuisverplegingsfonds, het SUZ. Het Zeister Ziekenfonds zou als Maatschappijfonds dan de steun krijgen van de op te richten Federatie V.M.Z. Op 28 oktober 1941 vroeg Van Lidth de Jeude bij de NMG het Maatschappijfondslidmaatschap aan, maar dit had geen zin meer.⁷¹ De aanvraag werd niet eens meer behandeld, want de NMG werd door de Duitse overheid opgeheven en de Federatie V.M.Z. kwam niet aan daden toe.⁷² Het Zeister Ziekenfonds stond alleen voor de oplossing van alle problemen.

Het fonds redde het toch. In de loop van 1942 werden contracten afgesloten met een tandarts, vroedvrouwen en een fysiotherapeute. Het honorarium voor fysiotherapie werd gebaseerd op een abonnement van f 3 per maandkaart voor iedere behandeling *waarbij geen gas of electr. te pas kwam*.⁷³ Later sloten zich twee Mensendieckleraresen aan. Alle fysiotherapeutische behandelingen werden na verwijzing voor 50% vergoed. Het overleg over de herverzekering van de ziekenhuisverpleging met de SUZ en de Zeister ziekenhuisverpleging mislukte en het fonds nam de risico's maar voor eigen rekening.

Het ledenbestand groeide als gevolg van de verplichte verzekering van 13.502 naar 17.758 verzekerden, meer dan de helft van de bevolking van de gemeente Zeist. Per 1 november 1941 werd een administratief onderscheid gemaakt tussen de vrijwillig en verplicht verzekerden. De vrijwillig verzekerden, 7.230 leden, bleven ondergebracht in het Zeister Ziekenfonds en de verplicht verzekerden, 10.628 mensen, gingen over naar het nieuwe Algemeen Ziekenfonds. In januari 1942 was deze toename met veel overwerk en extra krachten verwerkt.

Het Zeister Ziekenfonds veranderde van een organisatie met een eigen beleid in een administratieve instelling. Secretaris Van Zanten verzuchtte in zijn jaarverslag over 1941: *we hebben minder zelf te beslissen, méér te administreren*. In 1943 voerde het Staatstoezicht de eerste controles uit en bracht administrateur Van Kuilenburg het eerste zelfstandig jaarverslag uit met een balans en een verlies- en winstrekening.

Het Ziekenfondsenbesluit werd ondanks de geforceerde invoering als *een zegen voor de volksgezondheid beschouwd*.⁷⁴ De structuur en de bestuurssamenstelling van het Zeister Ziekenfonds bleven onder de nieuwe regelgeving intact. De Zeister huisartsen waardeerden de uitbreiding van het verstrekkingenpakket, terwijl zij als verantwoordelijken in het fondsbestuur geen financiële verantwoordelijkheid meer droegen voor de door het fonds verzekerde gezondheidszorg. De betaling van hun honoraria was met de invoering van de verplichte verzekering gegarandeerd. Dit ervoeren zij als een verlichting, ook al was het Zeister Ziekenfonds altijd financieel gezond geweest. Zij vonden dat de verzekerden een betere gezondheidszorg hadden verkregen tegen een betaalbare premie. Het bestuur waardeerde de vergroting van de overheidsinvloed op het ziekenfondswezen.

De naoorlogse jaren

Het aantal verzekerden groeide tot 20.304 in 1946.⁷⁵ Tijdens en vlak na de oorlog was gebleken dat de verzekerden behoefte hadden aan de verstrekking van hulpmiddelen als brillen, rolstoelen en vormen van medische hulp die door het Ziekenfondsenbesluit niet werden verstrekt. Hiervoor werd in 1946 het Aanvullingsfonds voor verzekerden van het Zeister Ziekenfonds opgericht.⁷⁶ Dit aanvullingsfonds bleef tot de opheffing van het Zeister Ziekenfonds in 1978 bestaan.

De verzekering van de risico's van de ziekenhuisverpleging was in 1946 nog steeds niet geregeld en om in deze behoefte te voorzien kwam er een afdeling Ziekenhuisverpleging.⁷⁷ Teneinde de kosten van deze afdeling te beheersen overlegde het ziekenfondsbestuur met de directie van het Zeister Ziekenhuis over vaste verpleegtarieven voor verzekerden. Met ingang van 1 januari 1947 werden voor de eerste maal de met het ziekenhuis overeengekomen tarieven in rekening gebracht.

Hoewel het Zeister Ziekenfonds door alle moeilijke tijden was gekomen en zich goed aan alle veranderingen had aangepast, voelde het bestuur nog steeds de behoefte om de positie van het fonds te versterken door samenwerking met Maatschappijfondsen. Voorzitter A.W.G. Kamerling, de opvolger van Van Lidth de Jeude, zocht contact met F.C. Nieuwenhuyzen over aansluiting bij de Federatie V.M.Z. Op 29 januari 1947 werd het Zeister Ziekenfonds door de NMG erkend als Maatschappijfonds en sloot het zich aan bij de Federatie.

Dit was een teken aan de wand. Tot 1940 was het fonds sterk genoeg geweest om samenwerking met de NMG te weigeren en kon het zelfstandig functioneren, zonder door de grote buur OvU te worden opgeslokt. De tijden waren na 1941 veranderd. De gezondheidszorg groeide en bood steeds meer mogelijkheden, de overheid vaardigde steeds meer wetgeving uit en voor de overeenkomsten met de zorgaanbieders moest op landelijk niveau worden onderhandeld. Gezien de identiteit van het fonds en de door verzekerden en medewerkers gedeelde bestuursverantwoordelijkheid lag aansluiting bij de Federatie in 1947 wel voor de hand. De afscheiding van de Federatie V.M.Z. van de KNMG in 1952 had voor het Zeister Ziekenfonds geen gevolgen, het fonds bleef lid van de Federatie.⁷⁸

Het fonds werd een van de grotere ziekenfondsen uit de omgeving en zocht samenwerking met andere instellingen in de gezondheidszorg om de voorzieningen voor de verzekerden te verbeteren. In 1948 werd deelgenomen in een dienst voor jeugd tandverzorging. In 1950 ontstond een samenwerkingsverband met Het Groene Kruis en het Wit-Gele Kruis.⁷⁹ Het ziekenfonds verzorgde de contributie-inning en de administratie van deze kruisverenigingen, terwijl de leden via het

aanvullingsfonds gebruik konden maken van de verstrekkingen van deze verenigingen. Het Zeister Ziekenfonds sloot in 1950 met bovenbouwverzekeraar VGCN uit Amersfoort een contract voor de ziektekostenverzekering van mensen met een inkomen boven de loongrens.⁸⁰ Het contract met de VGCN werd in 1954 vervangen door een overeenkomst met het Zilveren Kruis.

Het personeel werd geleidelijk uitgebreid en in 1949 voor de eerste maal bij een CAO ondergebracht. Op 31 december 1951 bestond de binnendienst, de administratieve staf, uit de administrateur Van Kuilenburg, drie mannelijke en zes vrouwelijke bedienden. De buitendienst had zeven bodes en een controleur. Bode Balledux werd in 1951 en Van Kuilenburg in 1965 gepensioneerd. Als je eenmaal bij het fonds werkte, dan deed je dat tot je pensioen. De administrateur werd opgevolgd door directeur F.H. Kistenkas.

De fusie met VHZ

Het bestuur van het Zeister Ziekenfonds kreeg na de oorlog voortdurend verzoeken van VHZ en de Federatie V.M.Z. om te praten over fusie of samenwerking met het regionaal werkende Utrechtse fonds. Het eerste voorstel kwam in 1948. De Federatie V.M.Z. riep op tot samenvoeging van het Zeister Ziekenfonds met de OvU en de Maatschappijfondsen Vecht en Omstreken en Woerden en Omstreken.⁸¹ Deze combinatie zou volgens de Federatie een gezondheidsregio kunnen vormen en als model kunnen dienen voor concentratie bij de inwerkingtreding van een ziekenfondswet. Het Zeister bestuur wilde wel van gedachten wisselen over samenwerking, maar fusie was voor het fonds uit den boze.

VHZ drong in 1950 opnieuw op samenvoeging van de werkgebieden aan met als argument *de belangen van de deelnemers en de verzekerden in de periferie*.⁸² Het voltallige bestuur zag hier het nut niet van in. Het werkgebied van Zeist was afgerond, zonder overlapping met dat van de omringende fondsen. Om de Federatie en VHZ aan het lijntje te houden, deed men een tegenvoorstel: de samenvoeging van alle Utrechtse fondsen onder een provinciaal bestuur met *pariteit tussen stad en platteland*. Dit idee was voor VHZ niet interessant en het Utrechtse fonds kwam voorlopig niet meer op de fusie terug.

Tot 1976. Op 1 september van dat jaar kreeg het bestuur van het Zeister Ziekenfonds weer een uitnodiging om over fusie te praten.⁸³ Dit was niet onverwacht. De Utrechtse fondsen Liduina, VHZ en Ziekenzorg hielden besprekingen over integratie en daar paste het Zeister Ziekenfonds ook in. Deze fusie zou ook passen in de visie van de Federatie V.M.Z. en later de VNZ over regionale werkgebieden.

Het bestuur moest in 1976 wel serieus over deze uitnodiging denken, in tegenstelling tot in 1950. De maatschappelijke, politieke en wettelijke ontwikkelingen en de groei van de gezondheidszorg maakten het voor het bestuur van een klein fonds als het Zeister eigenlijk onmogelijk om nog te functioneren. Het fonds had reprimande op reprimande gekregen voor de slechte uitvoering van de AWBZ.⁸⁴ Deze wet bleek voor het fonds te ingewikkeld. De administratie van de Ziekenfondswet en de AWBZ moest worden geautomatiseerd en hiervoor had het fonds noch de middelen, noch de kennis. Een poging om in samenwerking met de ziekenfondsen Amersfoort en Omstreken, Arnhem en Omstreken en Neder-Veluwe de automatisering te starten mislukte.⁸⁵ Het Zeister Ziekenfonds was niet levensvatbaar meer.

Op 6 november 1976 werden in het kantoor aan de Woudenbergseweg de eerste fusiebesprekingen met VHZ gevoerd. W.D.N. Snooy, de directeur van VHZ en Kistenkas waren het snel eens over het opgaan van het Zeister Ziekenfonds in VHZ.⁸⁶ Kistenkas wilde dat het nieuwe fonds zou worden omgedoopt tot Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland, maar om de gesprekken van VHZ met de andere fondsen niet te beïnvloeden werd hiervan voorlopig afgezien. Het idee van Kistenkas werd wel gebruikt bij de fusie van VHZ en Liduina in 1980.

Nadat de besturen van de fondsen met de fusie hadden ingestemd, hield het Zeister Ziekenfonds op 29 maart 1977 een laatste Algemene Vergadering voor medewerkers en verzekerden-vertegenwoordigers. Deze Vergadering stemde in met de opheffing van het fonds met ingang van 1 januari 1978. Op 15 december 1977 tekenden de voorzitters van VHZ, H.P. ten Cate, en van Zeist, M.P. Lansberg, de fusie-overeenkomst. De besturen van de fondsen werden samengevoegd en het personeel van het Zeister Ziekenfonds kwam in dienst van VHZ.

1 januari 1978 betekende dus het einde van het Zeister Ziekenfonds. De identiteit van het fonds ging verloren en het pand aan de Woudenbergseweg veranderde in de loop der jaren in een bijkantoor van het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland. Het Zeister Ziekenfonds had zich vele jaren zelfstandig weten te handhaven. Uiteindelijk bleek het fonds niet meer tegen de maatschappelijke en politieke veranderingen opgewassen en kon niet anders dan opgaan in het groter regionale geheel. Dit

paste in het tijdsbeeld van concentratie en schaalvergroting. Het was jammer, maar het kon niet anders.

Regiovorming in Utrecht en omstreken; een evaluatie

De samenvoeging of concentratie van de voormalige Maatschappijfondsen in de Utrechtse regio was een geleidelijk proces geweest, dat zich in twee fasen voltrok: de fusie van VHZ en de OvU in 1950 en de integratie van het Zeister Ziekenfonds en VHZ in 1978. De fusie van VHZ en de OvU betekende de integratie van de stad Utrecht met het werkgebied van de OvU en de uitbreiding van het VHZ-bestuur met artsen en verzekerden van buiten de stad en de verandering van VHZ in een regionaal werkend fonds. De VHZ-regio werd in 1978 door de fusie met het Zeister fonds een geografische eenheid. Dit zou een tussenstap blijken bij de vorming van het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland.

De relatie tussen de artsen en de fondsen bleef ook na 1940 onveranderd harmonieus en werd beïnvloed door de overheidsregelgeving, de collectivisatie, de invloed van de Federatie V.M.Z., de VNZ en de samenwerking met de andere Maatschappijfondsen en de eisen, die de uitvoering van de AWBZ en de modernisering van de administratie en de organisatie aan het Zeister Ziekenfonds oplegde.

De artsen behielden na de invoering van het Ziekenfondsenbesluit hun invloed op het bestuur van de fondsen en bleven daarbij volgens de Maatschappijfondsenideologie samenwerken met de verzekerdenvertegenwoordigers. Bij de OvU waren beiden in 1947 voorstander van fusie van VHZ, daartoe overtuigd door de gelijkschakelende werking van het Ziekenfondsenbesluit, de collectivisatie, invloed van de Federatie V.M.Z., de langdurige samenwerking met VHZ en de overtuigingskracht van Snooy. Bij het Zeister Ziekenfonds probeerden de artsen samen met de verzekerden zo lang mogelijk de zelfstandigheid van het fonds te bewaren, maar dwongen AWBZ, automatisering en de eisen van de tijd tot concentratie en de fusie met VHZ.

De uitbreiding van VHZ met de OvU en het Zeister Ziekenfonds betekende dat het bestuursmodel van de Maatschappijfondsen met door verzekerden en medewerkers gedeeld beheer in de regio Utrecht overheersend werd over het door Liduina en Ziekenzorg voorgestane onderling beheerde ziekenfondswezen.

3.9 De Utrechtse ziekenfondsen en artsen tijdens de bezetting, 1940-1945

De invoering van het Ziekenfondsenbesluit in 1941 betekende voor de contractfondsen Liduina, VHZ, het RZ en het NAZ, het alleenstaande Ziekenzorg en de Utrechtse huisartsen en specialisten verlies van hun zelfstandigheid en de vrijheid om naar eigen inzicht de ziekenfondszaken te regelen. Hoe werd het Ziekenfondsenbesluit in Utrecht geïntroduceerd? Welke gevolgen had dit voor Utrechtse ziekenfondsverzekering en voor de autonomie van Ziekenzorg? Hoe kwamen de ziekenfondsen de oorlog door?

Het begin van de bezetting

Ondanks het feit dat Nederland op den 10^{en} mei in den oorlog werd betrokken kan het ziekenfondswezen met tevredenheid op het verslagjaar terugzien. De toename van het aantal verzekerden was grooter dan in voorgaande jaren. Ingrijpende maatregelen bleken niet noodzakelijk, schreef de secretaris van de Commissie van Toezicht in zijn jaarverslag over 1940.⁸⁷ Het Utrechtse ziekenfondsleven ging na de meidagen gewoon door. Liduina, Ziekenzorg en VHZ maakten zich druk over hun verhuis- en uitbreidingsplannen. Ziekenzorg en VHZ breidden uit aan de Catharijnesingel en Liduina verhuisde naar de Wijde Begijnenstraat. De ideeën uit juli 1940 van de CBZ, de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en de NMG voor verregaande samenwerking van alle ziekenfondsen werden in de notulen van de contractfondsen en Ziekenzorg niet eens opgemerkt.

De fondsen hadden nog niet te maken met schaarste aan medicijnen, opgepakte medewerkers en razzia's. Toch hield Snooy rekening met de moeilijke toekomst, want hij pleitte op 10 juli 1941 voor het aanleggen van een voorraadje fietsbanden voor de incasseerders.⁸⁸ Hij wilde voorkomen dat verzekerden vergoedingen zouden gaan verlangen voor hulpmiddelen die door oorlogshandelingen verloren waren gegaan en weigerde een nieuwe breukband voor een verzekerde, die de zijne bij een bombardement op de Runstraat verloren had, *zulks met het oog op de consequenties van een dergelijk besluit!*

Het opmerkelijkste in 1940 was de samenwerking van Liduina en VHZ bij de samenstelling van een bevallingspakket op aandringen van de verloskundige mejuffrouw Van Wieringen.⁸⁹ Zij klaagde erover dat voor benodigdheden als watten soms 10 recepten nodig waren. VHZ-administrateur Snooy zag daar wel wat in. Als alle hulpmiddelen voor een bevalling op één recept in een pakket werden verstrekt, dan kon een besparing worden bereikt van 84,5 cent per bevalling of f 2.200 per jaar. Het Liduinabestuur en Snooy zagen dit pakket graag verstrekt, maar de Utrechtsche Huisartsen Vereniging lag dwars. De huisartsen wilden de bij een bevalling gebruikte geneesmiddelen blijven controleren. Zij hadden geen bezwaar als in het vervolg wel op één recept voldoende watten werden verstrekt. Mejuffrouw Van Wieringen was daar al blij mee.⁹⁰

Snooy en zijn Amersfoortse collega Herman probeerden in 1940 opnieuw een vakvereniging voor ziekenfondsadministrateurs op te richten om kennis en ervaring te kunnen uitwisselen. Hun inspanningen hadden nu meer succes. Eggink steunde dit initiatief en op 1 februari 1941 verscheen het eerste nummer van 'De Administrateur', twee-maandelijks orgaan van administrateurs van Mij.ziekenfondsen.⁹¹ Zij richtten met 11 collegae de Club van 13 op, dertien administrateurs die elkaar in de oorlog bleven steunen.

VHZ raakte in de zomer van 1941 betrokken bij de voorbereidingen van het Ziekenfondsenbesluit. Snooy werkte met zijn collega's uit Haarlem en Alphen uit de Club van 13 mee aan de inrichting van het premie-inningssysteem door middel van coupons.⁹² Wefers Bettink nam op aandringen van Eggink deel aan de Raad van Bijstand voor het ziekenfondswezen, die op 22 september 1941 voor de ondersteuning bij het Ziekenfondsenbesluit werd geïnstalleerd. Hij bedankte al binnen een week voor de eer onder het mom van tijdgebrek,⁹³ maar de werkelijke reden was dat hij Van Lienden, de CBOZ-leider, in de Raad tegenover zich zag.⁹⁴ Van Lienden werkte samen met Stolk en Buijze van de Federatie van Ziekenhuisverplegingsverenigingen. Zij hadden plannen om met het ANOZ en deze Federatie in de regio rond Utrecht het Maatschappijfonds de Omstreken van Utrecht weg te concurreren. Wefers Bettink besloot daarop in oktober 1941 met de besturen van de fondsen uit Zeist, Woerden, de OvU en Vecht en Omstreken samen te werken tegen het ANOZ en deze Federatie. Deze samenwerking zou in 1943 door Eggink en Croin worden overgenomen in hun plannen voor de vorming van een regionaal fonds, tegen de zin van Wefers Bettink in.

De invoering van het Ziekenfondsenbesluit bij de contractfondsen en Ziekenzorg

De contractfondsen waren door de betrokkenheid van Snooy en Wefers Bettink volledig op de hoogte van de ins en outs van het Ziekenfondsenbesluit en bereidden de invoering terdege voor. De fondsen

dienden zelf hun aanvragen voor erkenning in. De Commissie van Toezicht zorgde voor de contacten met het Staatstoezicht voor de afhandeling van alle medewerkerscontracten en voor ondersteuning bij de reorganisaties en uitbreiding van de ledenadministraties. Op 17 oktober 1941 stuurde de CvT het Staatstoezicht alle overeenkomsten, die VHZ, Liduina, het NAZ en het RZ gezamenlijk hadden afgesloten en waarvan de uitvoering aan de CvT was opgedragen.⁹⁵

- de overeenkomst voor huisartsen en specialisten;
- de overeenkomst voor farmaceutische hulp;
- de lijst van soorten en hoeveelheden van genees- en verbandmiddelen;
- de overeenkomsten voor de crisisregeling in Utrecht, Jutphaas en Zuilen;
- een met de NMT afgesloten overeenkomst. De CvT en de tandartsenorganisatie hadden onder druk van het Ziekenfondsenbesluit na 10 jaar onderhandelen eindelijk overeenstemming bereikt over betaalbare tarieven en vrije tandartsenkeuze. Alle Utrechtse tandartsen werden nu door de CvT gecontracteerd. De praktijken van de VUZBTV bleven bestaan en werden door de NMT erkend;
- de overeenkomst met Organon voor de levering van ziekenfondsinsuline;
- de overeenkomst voor ziekenhuisverpleging met de Utrechtse Burgerlijke Instelling voor Maatschappelijk Hulpbetoon voor Liduina, het RZ, het NAZ;
- overeenkomsten voor de regeling van huiselijke ziekenverpleging met het Groene Kruis, het Wit-Gele Kruis en de Gereformeerde Wijkverpleging in Utrecht en Zuilen.

Het Staatstoezicht keurde alle overeenkomsten goed. Zij bleven ongewijzigd van kracht tot na de oorlog. De lijst hoefde alleen te worden uitgebreid met een overeenkomst voor fysiotherapie voor de verplichte verzekering om te voldoen aan alle verstrekkingen, die in het Tweede Uitvoeringsbesluit van het Ziekenfondsenbesluit werden voorgeschreven.⁹⁶ De Commissie sloot met de Kring Utrecht van het Nederlandsch Genootschap voor Heilgymnastiek een voorlopig contract met een tarief van 50 cent per behandeling. Behandelingen volgens de Mensendieckmethode zouden van geval tot geval worden bekeken en werden gehonoreerd op abonnement.⁹⁷ De huisartsen en de specialisten moesten de behandelingsaanvragen voor fysiotherapie en Mensendieck indienen bij het Controle-Bureau van de CvT. De huisartsen wilden deze paramedische verstrekkingen al in 1934 in het ziekenfondspakket opnemen, maar de fondsen konden dit toen niet betalen. Het financieringsstelsel van de verplichte verzekering maakte dit nu voor deze verzekering wel mogelijk. Fysiotherapie bleef echter onbetaalbaar voor de vrijwillige verzekering, die nog steeds met een nominale premie werd gefinancierd.

Fysiotherapie werd in Utrecht niet alleen verstrekt door zelfstandig gevestigde erkende heilgymnasten, maar ook door het Instituut voor Fysische Therapie, dat al sinds jaar en dag de bestralings-, diathermie- en hoogtezonbehandelingen voor de contractfondsen verzorgde. Met dit Instituut werd in april 1942 een overeenkomst gesloten voor alle typen bestralingen, behandeling met diverse stromen en radiumbehandelingen tegen verschillende tarieven met maximaal 12 behandelingen per bestraling voor de verplicht verzekerden.⁹⁸ De vrijwillig verzekerden kregen een beperkter pakket met hoogtezon, diathermie-, infraroodbestralingen en ultrakortegolfbehandelingen.⁹⁹ De CvT verzorgde de controles op de behandelingen en de declaraties.

De contractfondsen voldeden met deze overeenkomsten aan de eisen voor het verstrekkingenpakket voor de verplichte verzekering. De ziekenhuisverplegingsfondsen bleven bestaan voor de verzekering van de ziekenhuisbehandeling van de vrijwillig verzekerden en werden gebruikt om de ziekenhuisopnames voor de verplichte verzekering te herverzekeren. De klinisch specialistische hulp van vrijwillig en verplicht verzekerden werd ook na het Ziekenfondsenbesluit door de ziekenhuisverplegingsverzekering gehonoreerd tegen het 3 cent per ziel tarief, niet door de ziekenfondsverzekering.¹⁰⁰

De belangrijkste veranderingen na het Ziekenfondsenbesluit waren voor de contractfondsen de invoering van de vrijwillige en de verplichte verzekering, de groei van de verzekerdenadministraties en de uitbreiding van het verstrekkingenpakket met fysiotherapie en Mensendieck. De fondsen pasten zich zonder veel problemen aan.

Ziekenzorg had het als eenling heel wat moeilijker dan de door de Commissie van Toezicht gesteunde contractfondsen. Administrateur Rijpma ontbeerde de steun van de CvT bij de reorganisatie van zijn administratie en moest met extra personeel en vrijwilligers nachten doorwerken om zijn administratie geschikt te maken voor de scheiding van de vrijwillig en verplicht verzekerden.

De aanpassing van de verstrekkingen leverde nog meer problemen op. Het Ziekenfondsenbesluit eiste volledige vrije medewerkerskeuze, terwijl de structuur van het fonds gebaseerd was op het verstrekken van gezondheidszorg door de eigen instellingen. Ziekenzorg kon haar verzekerden maar beperkte vrije medewerkerskeuze bieden en zou vroeg of laat in conflict komen met het Staatstoezicht op het

ziekenfondswezen. Het fonds kreeg in november 1941 met de Haagse Volharding en het Ziekenfonds voor den Arbeidenden Stand uit Deventer een voorlopige erkenning, waarbij deze fondsen voorlopig van de verplichte vrije keuze werden uitgezonderd, hun eigen instellingen mochten blijven beheren en niet verplicht werden tot het invoeren van welstandsgrenzen.¹⁰¹ Deze erkenning werd tweemaal verlengd tot 1 juli 1943.

De invoering van het couponstelsel en de Utrechtse incasseerders

Het couponstelsel zorgde bij de uitvoering van het Ziekenfondsenbesluit voor praktische problemen. De agenten en bodes van de buitendiensten hadden vanaf 1942 al veel te maken met slechte fietsen, slechte schoenen, verduistering en veel gesloten deuren *door afwezigheid van huisvrouwen, die voor hun voedselvoorziening hebben te zorgen*.¹⁰² Zij kregen daarbij ook nog de verantwoordelijkheid voor de correcte inning van de coupons, terwijl het publiek vrij zorgeloos met de betalingsbewijzen omsprong. De werkgevers vergaten de coupons te kopen of aan hun werknemers mee te geven. Dezen lieten de ziekenfondsbonnen vaak in hun zak zitten of gaven ze niet aan moeder de vrouw af. Deze maakten op hun beurt ruzie met de bodes, die de ziekenfondskaarten niet mochten afstempelen. Wat dat betekende merkten de verzekerden als zij medicijnen moesten halen bij de apotheek of bij de tandarts kwamen. Zij kregen dan hun geneesmiddelen niet mee of werden niet behandeld en maakten dan aan de deur weer ruzie met de bode. Kortom, het couponstelsel was op zich simpel, maar de mensen maakten er een potje van.

De agenten en bodes klaagden steen en been en VHZ-administrateur Snooy gaf hun groot gelijk, want zij gingen er in inkomen op achteruit.¹⁰³ De agenten van VHZ hadden kregen voor de invoering van het Ziekenfondsenbesluit 10% van de premie als incassoloon. Na 1 november 1941 werd dit gesteld op 2,5 cent per coupon voor de verplichte verzekering en 10% van de vrijwillige verzekeringspremie. Snooy trok op 20 april 1942 hun couponprovisie op van 2,5 naar 3 cent, waarmee hun inkomsten weer op het oude incassoloon zouden komen.

De salarisverhoging hielp jammer genoeg niet. In juni 1942 kregen de agenten van de contractfondsen een formele berisping van het Staatstoezicht omdat zij in *verhouding tot andere plaatsen in Nederland zoo'n slechte indruk maakten bij het inleveren van de coupons*.¹⁰⁴ Van januari tot maart 1942 zouden er 400.000 coupons te weinig ingeleverd zijn. Snooy probeerde zijn bodes te verdedigen, want hij begreep hun moeilijkheden en adviseerde het VHZ-bestuur voor hun ondersteuning een controleur aan te stellen. Liduina, het RZ en het NAZ moesten hun eigen problemen oplossen.¹⁰⁵

Het Staatstoezicht nam daar geen genoegen mee en wilde in Utrecht de vrije bodes in één keer vervangen door vaste incasseerders in loondienst.¹⁰⁶ De fondsen waren daar niet gelukkig mee, maar onder druk van het Staatstoezicht moesten zij toegeven. Het betekende wel het einde van de eeuwenoude bodetraditie met al zijn misbruiken en wantoestanden als de bode-acties, maar het loste de problemen met het couponstelsel niet op. Zij moesten door de beslissing van het Staatstoezicht mensen ontslaan, die soms tientallen jaren in dienst waren en als bode goed hadden gewerkt, maar niet voldeden aan de eisen voor incasseerder.

Eggink, het Staatstoezicht en hun pogingen tot Utrechtse concentratie

Het Staatstoezicht en de NVVZA trachtten na 1942 hun invloed op de ziekenfondsen te vergroten en hun ideeën over concentratie en regionalisatie van het ziekenfondswezen door te voeren. De voorlopige erkenning van de Haagse, Utrechtse en Deventerse fondsen liep op 1 juli 1943 af. De regio Utrecht was voor Van der Does interessant om met zijn concentratiestreven te beginnen door de verwevenheid en concentratie van fondsen in de stad en het omringende gebied: Ziekenzorg, Liduina, het Centraal Ziekenfonds, VHZ en de Omstreken van Utrecht. Eggink en Croin streefden naar de concentratie van Maatschappijfondsen in het gebied om Van der Does dwars te zitten en hun greep op deze fondsen te vergroten. Het bestuur van Ziekenzorg wist onder leiding van voorzitter Lindemann de strijd te rekken en werd gesteund door Wefers Bettink.

Wefers Bettink was in juli 1943 nog steeds geen vriend van Lindemann en Ziekenzorg, maar zijn hekel aan Eggink was groter. Hij had zich in november 1941 tegen Eggink gekeerd in diens pogingen de Maatschappijfondsen na de opheffing van de NMG bij de NSB-artsenorganisatie NVVZA onder te brengen.¹⁰⁷ Wefers Bettink steunde het initiatief van de Alphense arts Nieuwenhuyzen om de NMG-fondsen in een koepelorganisatie te verenigen en propageerde de verplichte invoering van de bestuurspariteit van verzekerden en medewerkers, terwijl Eggink de verzekerden in 1941 uit de besturen wilde weren. Het VHZ-bestuur was het met Wefers Bettink eens en het fonds sloot zich in december 1941 bij de Stichting "Vereenigde Maatschappij Ziekenfondsen" aan.

De Stichting werd onder druk van Eggink en Croin in januari 1942 weer opgeheven, tot ongenoegen van VHZ. Wefers Bettink en Lichtenbelt werkten daarna voorlopig samen met de NVVZA. De Maatschappijfondsen hadden een grote zwakheid: zij waren voor de bezetting het juridisch eigendom geweest van de NMG en beschikten niet over een eigen rechtspersoonlijkheid. Nieuwenhuysen had in 1941 gehoopt door middel van zijn Stichting dit probleem op te lossen, maar dit mislukte helaas en daarna was de NVVZA voor VHZ en de collega-fondsen de enige mogelijkheid om zich tegen een te opdringerig Staatstoezicht te beschermen. In juni 1942 stemden Wefers Bettink en Lichtenbelt maar schoorvoetend in met de concentratieplannen van Eggink en Croin.¹⁰⁸

Hun houding veranderde toen hen duidelijk werd dat na overleg van Secretaris-generaal Verweij met de artsenverzetsorganisatie Medisch Contact de Maatschappijfondsen de steun van het Staatstoezicht kregen. Verweij kwam met zijn Stopcirculaire, waardoor verzekerden vanaf mei 1942 niet meer van ziekenfonds mochten veranderen. De Maatschappijfondsen waren toen gevrijwaard van ledenverlies en van concurrentie door de onderling beheerde fondsen. Wefers Bettink voelde zich door deze ontwikkeling sterker staan tegen Eggink, vooral toen Snooy kon aantonen dat VHZ in 1933 wel tot Maatschappijfonds was verklaard, maar dat het eigendomsrecht nooit formeel door het bestuur aan de NMG was overgedragen.¹⁰⁹ VHZ was nog steeds eigen baas en alleen in naam ex-Maatschappijfonds. De rust in het Utrechtse ziekenfondsbestel bleef tot het voorjaar van 1943 bestaan, temeer doordat het Staatstoezicht de bestaande ziekenfondscontracten tegen de zin van Eggink en Croin voor onbepaalde tijd verlengde.

De gelijkschakeling van het onderling beheerde Ziekenzorg tot contractfondsen

In maart 1943 kregen de Utrechtse artsen en de ziekenfondsen met het Staatstoezicht te maken. Wefers Bettink adviseerde de Commissie van Toezicht rekening te houden met de toetreding van Ziekenzorg.¹¹⁰ De Staatstoezichtambtenaren F.S. Noordhoff en T. Boone wilden de uitvoering van de concentratieplannen van Van der Does beginnen met de samenvoeging van de tandheelkundige poliklinieken van Ziekenzorg met die van de contractfondsen.¹¹¹

De CvT was over deelname van Ziekenzorg niet enthousiast. Huisarts Van der Perk, de voorzitter van de Commissie en Lichtenbelt voelden er weinig voor dat Ziekenzorg weer zou deelnemen aan het Utrechtse partnerschap van ziekenfondsen en artsen.¹¹² *De verzekerden zijn van een apart soort en de medici hebben een eigenaardige opvatting van hun taak*, was hun mening. Zij konden hun afkeer van de loondienst artsen van Ziekenzorg maar moeilijk overwinnen. Van der Perk wilde met Wefers Bettink Ziekenzorg echter niet de nek omdraaien, want dan had het Staatstoezicht met zijn concentratieplannen vrij spel.¹¹³ Ziekenzorg mocht in geval van nood deelnemen aan de ziekenfondsovereenkomsten mits het aan alle voorwaarden voldeed: vrije artsen- en apothekerskeuze, gelijke welstandsgrenzen, gelijke premies en samenvoeging van de tandheelkundige poliklinieken. Kortom, alles wat het onderling beheerde fonds had opgebouwd zou voor overleving moeten worden opgegeven.

De deur van de CvT en de contractfondsen naar Ziekenzorg werd in maart geopend. Lindemann en het bestuur van het onderlinge fonds probeerden zich tegen het Staatstoezicht te verzetten, maar Van der Does oefende steeds meer druk uit en kwam zelfs met het bevel dat Ziekenzorg zich bij de CvT moest aansluiten.¹¹⁴ In april verklaarde Lindemann dat zijn fonds nog niet rijp was voor een loyale deelname aan het ziekenfondscontract en eerst moest nadenken over de positie van de artsen en de apotheker.¹¹⁵ Hij zag toen al geen andere mogelijkheid om Ziekenzorg te redden dan zich bij de contractfondsen aan te sluiten, maar de andere leden van zijn bestuur waren nog niet zover en hadden grote emotionele moeite om alles te moeten opgeven waar het fonds voor stond.

Toch kon het niet anders. De druk van Van der Does werd steeds groter. Hij had van Secretaris-generaal Verweij opdracht gekregen de gelijkschakeling van Ziekenzorg te forceren en wilde nog een keer proberen zijn concentratieplannen door te zetten.¹¹⁶ Wefers Bettink had via de Utrechtse NSB-burgemeester C. van Ravenswaay de NSB-leider Mussert verzocht schot in de zaak te brengen. Van der Does dreigde de erkenning van Ziekenzorg in te trekken, waardoor het fonds wel moest toegeven.

Lindemann overlegde in mei en juni in de CvT over de positie van de Ziekenzorg artsen en -specialisten, van wie er enkelen geen volledige specialistische bevoegdheid hadden. De huisartsen zouden eigen praktijken moeten starten met de verzekerden die op hun naam stonden ingeschreven en de specialisten zonder volledige bevoegdheid zouden een huisartsenpraktijk beginnen.¹¹⁷ De tandartsklinieken zouden met die van de VUZBTV worden samengevoegd. De positie van de Ziekenzorg apothekers zou nader worden bekeken, maar dat kwam er tijdens de oorlog niet meer van. De specialistische poliklinieken bleven bestaan, maar werden bemand met reguliere specialisten.

Op 28 juni tekende Lindemann het huisartsen- en specialistencontract en op 16 juli de samenwerkingsovereenkomst voor de CvT. De grote winnaar was Wefers Bettink, maar zijn overwinning was door zijn beroep op de NSB'er Van Ravenswaay bevestigd. Het Utrechtse ziekenfondsbestel was weer een geheel en de dreiging van concentratie bleek afgewend. Van der Does was met het bereikte resultaat tevreden en bemoeide zich verder niet meer met Utrecht. De rol van Eggink was in Utrecht uitgespeeld. Ziekenzorg bleef bestaan, maar het was een wrange overleving. Het fonds verloor gelukkig geen leden, want door de stopcirculaire van Verweij, ooit bedoeld om de Maatschappijfondsen te redden, konden de verzekerden het fonds niet verlaten. Geen van de partijen was met het resultaat gelukkig. *Ziekenzorg zat met het bajonet in de rug*, terwijl Van der Perk en Wefers Bettink de *samenwerking niet voor hun plezier hebben voorgestaan, maar deden het voor Ziekenzorg om erger te voorkomen*.¹¹⁸ Zij zouden de gedwongen samenwerking toch blijven voortzetten, ook na de oorlog.

De gevolgen van de oorlog, 1942-1945

De fondsen kwamen met veel moeite de oorlog door. Liduina, Ziekenzorg, VHZ en de twee commerciële fondsen kregen alle te maken met oorlogsproblemen zoals papierschaarste, gebrek aan stroom en verwarming, razzia's en luchtalarm. De schaarste aan geneesmiddelen leverde voor de CvT de grootste moeilijkheden. In februari 1943 kregen de huisartsen een lijst met voorschriftbeperkingen. Deze waren in 1944 en 1945 niet meer nodig was, want op den duur ontbraken bijna alle medicijnen en bestonden verbandmiddelen haast alleen maar uit papier.

Snooy wist bij VHZ van de ellende tijdens de bezetting nog enigszins een deugd te maken. Hij moest zijn hele kantoor in het najaar van 1944 evacueren van de Catharijnesingel naar het honk van de Utrechtsche Vrouwelijke Studenten Vereeniging aan de Drift 19.¹¹⁹ Het VHZ-pand lag vlak bij het spoorwegemplacement en liep gevaar te worden gebombardeerd. Drift 19 had tot zijn grote genoegen een flinke tuin, die hij gebruikte om aardappelen te telen.

De administrateur wist tijdens de bezetting zijn takenpakket en de inkomsten van VHZ flink uit te breiden met de administratie van het Nederlands Politie Ziekenfonds. De Duitse overheid besliste in 1942 dat het Nederlandse politiepersoneel bij een eigen ziekenfonds moest worden ondergebracht. De CBOZ probeerde deze grote kluit binnen te halen voor het eigen ANOZ, dat daarmee het werkgebied tot het hele land zou kunnen uitbreiden, maar Snooy en Wefers Bettink staken daar een stokje voor. Snooy was bevriend met J. Poelstra, de tandheelkundig adviseur van de Politiebond. Poelstra en Snooy wisten de Politiebond ervan te overtuigen dat het politiepersoneel beter in een eigen fonds kon worden ondergebracht dan als afdeling bij het ANOZ en dat de administratie het beste gevoerd kon worden door een professioneel Maatschappijfonds, *i.c. VHZ*.¹²⁰ Dit ziekenfonds werd na de oorlog omgezet in de Dienst Geneeskundige Verzorging Politie waarvan VHZ, later RZMN en ANOVA de administratie is blijven verzorgen.

Medewerkers en ziekenfondspersoneel werden niet ontzien bij razzia's en arrestaties. De Ziekenzorgarts Levy verdween spoorloos en de Utrechtse huisarts M. Perel overleed in een concentratiekamp.

Ziekenfondsen en artsen na de bevrijding

De bezetting had veel ellende gebracht. De bevrijding bracht niet alleen verlichting, maar ook vragen. Ziekenzorg en VHZ waren sinds 1943 tot elkaar veroordeeld. Gingen zij weer uiteen, of bleven zij bereid tot samenwerking?

Het bestuur van Ziekenzorg vroeg in april 1945 de huisartsen, die in 1943 gedwongen waren een eigen praktijk te beginnen, zich weer in hun vroegere status aan het fonds te willen verbinden. Sommige bestuursleden wilden zo snel mogelijk de draad van voor de gelijkschakeling weer oppakken met eigen artsen en eigen instellingen.¹²¹

De klok liet zich jammer genoeg niet terugdraaien. Het Ziekenfondsenbesluit met zijn Uitvoeringsbesluiten en het Staatstoezicht bleven nagenoeg onveranderd bestaan. De huisartsen Smit, De Hart, Spoon en de Ruijter vonden dat beter op landelijke politieke besluiten kon worden gewacht dan opnieuw een ziekenfondsstrijd te beginnen. Zij wilden de bestaande specialistische regelingen handhaven en niet meer terug naar de te beperkte specialistische zorg, die het fonds voor 1943 had geleverd.

Lindemann en zijn medebestuursleden vonden de houding van de artsen slap, maar besloten toch lid te blijven van de CvT en alle overeenkomsten te eerbiedigen, met uitzondering van de tandartsenzorg. Ziekenzorg nam haar poliklinieken weer over van de VUZBTV. De verstandhouding tussen

Lindemann en de andere leden van de CvT was uitermate korzelig en Van den Berg, die Van der Does als Commissaris op het Staatstoezicht verving, moest bemiddelen om alle klachten bij te leggen.

In juli 1946 trad Ziekenzorg toe tot de Centrale Bond van Ziekenfondsen, nadat de Landelijke Contactcommissie in de CBZ was opgegaan. Ziekenzorg liep plaatselijk en landelijk weer in de pas. Het fonds zou als kleine eenling toch niet mee kunnen doen, nu het spel van de contractonderhandelingen op nationaal niveau gespeeld zou gaan worden.

Bij het bestuur van VHZ voltrok zich op 31 mei 1945 een grote wisseling van de wacht.¹²² Het Medische Contact had bij zijn VHZ-leden H.P. ten Cate, de zoon van F.J. ten Cate, en Donkers aangedrongen op vervanging van Wefers Bettink en Lichtenbelt. *De eisch was, dat de medici er uit gingen. Wanneer dit niet zou gebeuren, zouden zij het Militair Gezag in den arm nemen om de boel te laten schorsen en een interimbestuur in te stellen.* Het MC had in 1943 de arts-bestuursleden van de Maatschappijfondsen geadviseerd hun bestuurderschap op te geven en geen contacten te onderhouden met de Artsenkamer en de NVVZA. Wefers Bettink en Lichtenbelt hadden deze richtlijnen niet opgevolgd en juist door hun contacten met deze organisaties de concentratiepogingen van Croin en Eggink kunnen voorkomen.¹²³ Het was voor hen een dilemma geweest: gehoor geven aan de adviezen van de ondergrondse artsenorganisatie of de belangen van VHZ verdedigen. Het gevolg was dat *het fonds goed was blijven draaien, doch principiële punten zijn prijs gegeven.*

Wefers Bettink weigerde af te treden, maar riep onder druk van de huisartsen Ten Cate en Jongh en van de specialisten De Laive en Tellier wel het bestuur van VHZ bij elkaar om de kwestie te bespreken. Dit besloot toen uit solidariteit met Wefers Bettink en ter zuivering van VHZ af te treden.¹²⁴ Wefers Bettink en Lichtenbelt moesten ook hun lidmaatschap van de CvT opgeven.

Het begin van de verzakelijking in het Utrechtse ziekenfondsbestel

Dit was het einde van het lange tijdperk waarin Wefers Bettink en Lichtenbelt door hun positie in VHZ en de CvT de verhoudingen in het Utrechtse ziekenfondswezen hadden gedomineerd. Wefers Bettink was sinds 1919 voorzitter van VHZ geweest. Lichtenbelt zat sinds 1928 namens de Utrechtse Specialististen Vereeniging in de CvT en was in 1933 met de omzetting van VHZ tot Maatschappijfonds in het bestuur gekomen. Samen hadden zij onder invloed van Eggink de strijd met Ziekenzorg aangegaan voor de verdediging van het blazoen en de honoraria van de NMG-artsen. Wefers Bettink en Lichtenbelt hadden zich slechte tactici getoond door in 1933 de eisen voor de specialistenhonoraria te lang vol te houden en in 1943 de hulp van de NSB in te roepen om Ziekenzorg op de knieën te krijgen. In juni 1945 kregen zij daarvoor de rekening gepresenteerd.

Zij hadden geprobeerd op hun manier de Maatschappijfondsenideologie uit te dragen: een goede gezondheidszorg tegen betaalbare premies, vrije artsenkeuze en een goede rechtspositie voor de medewerkers. Wefers Bettink had in 1933 de deelname van de verzekerden aan het bestuur van VHZ geaccepteerd. Het beheer van het fonds was sindsdien gegroeid tot een driehoeksrelatie: bestuursdagelijks bestuur-administrateur Snooy, waarin Wefers Bettink, Lichtenbelt en Snooy de boventoon voerden. De medewerkers hadden in het VHZ-bestuur de overheersende rol, ondanks de pariteit van de verzekerdenvertegenwoordigers. De huisartsen leverden de voorzitter, de specialisten de secretaris en de apothekers de penningmeester. De verzekerdenbestuursleden leverden één lid voor het dagelijks bestuur. De medewerkers domineerden daarmee niet alleen het algemeen bestuur, maar ook het dagelijks bestuur.

Volgens de statuten moesten de belangrijkste beleidsbesluiten worden goedgekeurd door de Algemene Vergadering van medewerkers en verzekerden, maar in de praktijk waren dit alleen maar bijeenkomsten waar de jaarverslagen van de penningmeester zonder meer werden goedgekeurd. Van 1941 tot 1952 werden maar drie vergaderingen gehouden. De vergaderingen van de ledenraad en de medewerkers waren ook pro-forma vergaderingen.

Snooy had als administrateur grote invloed op de vergaderingen van het algemeen en het dagelijks bestuur. Hij was de spil van het administratief beheer van VHZ en de verantwoordelijke man voor het reilen en zeilen van het Politieziekenfonds en de Omstreken van Utrecht. Snooy had ook landelijk grote faam als ziekenfondsadministrateur. Hij was betrokken bij de inrichting van de administratieve organisatie van de Federatie V.M.Z. en grondlegger van de Vereniging van Directeuren en Administrateurs van Ziekenfondsen.¹²⁵

Snooy wás eigenlijk VHZ, vooral nadat in 1945 het voltallige bestuur wisselde en alleen hij van de oude garde overbleef. Sinds de oorlog werden *reglementaire en administratieve zaken steeds door het kantoor afgehandeld, terwijl de meer principiële gevallen aan het bestuur worden voorgelegd. In het algemeen kan men de zaken geheel aan de heer Snooy overlaten*, was het standpunt van

verzekerdenbestuurslid Swagers.¹²⁶ De leiding over VHZ verschoof steeds meer van het bestuur naar de administrateur.

Deze verzakelijking kwam ook de verhouding ten opzichte van Ziekenzorg ten goede. De huisarts E.H. van Leeuwen, de nieuwe voorzitter van de CvT na de dood van Van der Perk, wilde Ziekenzorg bij de contractfondsen houden en de verhoudingen verbeteren.¹²⁷ Volgens de specialist De Laive hadden de artsen en de verzekerden van Ziekenzorg gemerkt dat de samenwerking in de CvT hun specialistische zorg toch heel wat verbeterd had. Zij konden na 1943 aanspraak maken op de hulp van alle Utrechtse specialisten. Kortom, de Utrechtse specialisten en de huisartsen van Ziekenzorg hadden elkaar gevonden, en afscheiding van Ziekenzorg uit de CvT was ondenkbaar geworden.

Ziekenzorg stelde zich wel onafhankelijk op met de eigen tandheelkundige poliklinieken en met de apotheek, want de Ziekenzorgverzekerden waren nog verplicht tot gedwongen winkelnering bij de eigen apotheek. Dit was op zich niet zo'n probleem, want de verzekerden konden overal in de stad in speciale bussen hun recepten kwijt en de geneesmiddelen werden gratis rondbezorgd zoals dit nog steeds gebeurt. Deze apotheek zou nog een bron van conflicten met de NMP vormen.

Ziekenzorg conformeerde zich na mei 1945 onder druk van de landelijke ontwikkelingen en van de huisartsen morrend aan de bestaande situatie, bij VHZ voltrok zich een zuivering, en Liduina? Het katholieke fonds maakte zich met de Bond van R.K.-ziekenfondsen druk over de fusie met het Centraal Ziekenfonds, waarmee het voor de versterking en de eenwording van het katholieke ziekenfondswezen zijn werkgebied tot ver buiten Utrecht zou vergroten. In de stad bleef het trouw aan de samenwerking met de andere fondsen in de CvT en aan de collectieve overeenkomsten.

De gevolgen van de bezettingstijd voor het Utrechts ziekenfondsbestel; een evaluatie

De invoering van het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten had in combinatie met de concentratiedruk door Van der Does, Eggink en Croin tot resultaat gehad dat de Utrechtse scheiding tussen contractstelsel en onderling beheerd ziekenfonds tenietgedaan werd. De polarisatie tussen Ziekenzorg, VHZ en de artsen loste in 1943 op tot een gewapende vrede, negen jaar na de Utrechtse ziekenfondscrisis.

1941-1945 was een overgangperiode. Het Ziekenfondsenbesluit en de Uitvoeringsbesluiten regelden de invoering van de vrijwillige en de verplichte verzekering en de aanpassingen van de verstrekkingenpakketten, terwijl het Staatstoezicht het bestaande contractstelsel door de goedkeuring van de bestaande overeenkomsten in 1941 bevestigde en in 1943 uitbreidde met de toetreding van Ziekenzorg. De Utrechtse fondsen bleken tijdens de bezetting nog niet rijp voor concentratie, maar door de verandering in de relatie tussen de artsen, de contractfondsen en Ziekenfondsen en de ontwikkelingen bij VHZ na bevrijding was het begin van verzakelijking mogelijk. Dit proces zette zich door.

3.10 Samenwerkende Utrechtse ziekenfondsen en medewerkers sedert 1945

De overheid drukte sinds 1941 steeds meer haar stempel op de verzekering van de gezondheidszorg. De collectivisatie in koepelorganisaties en de invoering van landelijke overeenkomsten hadden hun invloed op de samenwerking van de Utrechtse ziekenfondsen, de artsen en de andere medewerkers in de Commissie van Toezicht en het functioneren van de ziekenfondsen. De verzakelijking zou steeds sterker worden, waardoor artsen en fondsen steeds meer dachten over de vorming van één regionaal ziekenfonds Midden-Nederland.

De eerste landelijke honorariumverhogingen en de gevolgen voor de Utrechtse artsen

De tarieven werden na de oorlog in hoog tempo verbeterd. De Utrechtse specialisten, huisartsen en apothekers zaten met smart op landelijke onderhandelingen te wachten, vooral de huisartsen hadden recht op aanpassingen. Zij waren er sinds 1921 steeds meer op achteruitgegaan. Hun honorarium was toen gesteld op f 4,65 per betalende verzekerde, maar bij de contractherziening van 1933 hadden zij dit vrijwillig verlaagd naar f 4,25 om de verhoging van de specialistentraktementen te bekostigen. Zij hadden bovendien in november 1941 door het Ziekenfondsenbesluit nog inkomsten verloren doordat veel patiënten uit de particuliere praktijk zich verplicht moesten verzekeren.¹²⁸

De huisartsen en specialisten hadden tijdens de bezetting overwogen om in de CvT te onderhandelen over eigen tarieven, maar waren tot de slotsom gekomen dat het Ziekenfondsenbesluit dit onmogelijk had gemaakt. De Commissaris voor het Staatstoezicht had in mei 1944 bepaald dat honorarium- en premieverhogingen goedgekeurd moesten worden door de Gemachtigde voor de Prijzen. Deze maatregel had de oude traditie van plaatselijke onderhandelingen tussen ziekenfondsen en medewerkers over honoraria en tarieven onmogelijk gemaakt, want de eindverantwoordelijkheid voor de vaststelling van deze tarieven lag nu bij de rijksoverheid. Het VHZ-bestuur accepteerde dit als een voldongen feit en de mededeling dat het Staatstoezicht de huisartsenhonoraria voor de verplichte verzekering over 1945 f 0,75 en over 1946 f 0,50 per ziel zou bedragen werd door de huisartsen met enthousiasme begroet.¹²⁹ Het basishonorarium werd op f 3,50 per ziel gesteld.

De door het Staatstoezicht opgelegde betaling per ziel was voor Utrecht een breuk met het verleden. De huisartsen werden volgens de ziekenfondsovereenkomsten altijd per betalende verzekerde gehonoreerd, hoewel zij in 1921 en in 1933 betaling per ziel hadden geëist. Bij het oude systeem kregen zij gemiddeld f 1,90 per ziel. VHZ had het principe van de zielbetaling in 1933 in haar nieuwe reglement opgenomen, maar door de concurrentie van Ziekenzorg en de druk van Liduina bleef de betaling per verzekerde gehandhaafd om de premie stabiel te houden. De belangrijkste wensen van de Utrechtse huisartsen werden vervuld: een tariefsverhoging van bijna 100% en een honorering per patiënt.

De verhoging ging ook voor het eerst zonder een conflict met Ziekenzorg en Liduina. De ziekenfondsen hadden volgens het Ziekenfondsenbesluit hun verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor de vaststelling van de tarieven voor de verplicht verzekerden in hun werkgebied verloren. Zij kregen de kosten van deze verhoging gecompenseerd door het Staatstoezicht, waardoor de competitie tussen de Utrechtse huisartsen, specialisten, apothekers en de ziekenfondsen over honoraria definitief tot het verleden behoorde. Deze strijd was verlegd naar het nationale niveau, de ziekenfondskoepels en de medewerkersorganisaties, en werd gecontroleerd door het toezien oog van de overheid. Het tijdperk van de prijsvorming in de gezondheidszorg door marktwerking en concurrentie was voor de Utrechtse ziekenfondsen en zorgaanbieders definitief voorbij. De belangrijkste redenen voor de rivaliteit tussen de artsen, de apothekers en de ziekenfondsen, die in 1897 met de oprichting van de Vereniging van Artsen en Apothekers in Utrecht begonnen was, waren verdwenen door de verschuiving van de honorarium- en premievaststelling naar het landelijke niveau. De rol van Liduina, VHZ, Ziekenzorg, het NAZ en het RZ werd steeds meer beperkt tot uitvoeringsorganen, en de artsen, de apothekers en de specialisten moesten zich richten naar de contracten, die hun landelijke organisaties voor hen afsloten, zoals de specialistenovereenkomsten van 1949, 1984 en 1992 en de huisartsenovereenkomsten van 1954-'55, 1982 en 1993.

De Commissie van Toezicht na 1945

De structuur van het Utrechtse ziekenfondsbestel bleef na 1945 intact. De ziekenfondsen, de artsen en de andere medewerkers handhaafden na 1946 hun samenwerking in de Commissie van Toezicht. Het reglement en de taken van de CvT bleven onveranderd en de Commissie bleef ook na 1945 de betalingen en de verrekeningen voor de medewerkershonoraria verrichten, stelde de richtlijnen en formulieren voor de leden- en verstrekkingenadministraties vast en fungeerde als contactorgaan tussen

de medewerkers en de ziekenfondsen. De verhoudingen ziekenfondsen-medewerkers werden niet alleen besproken in het bestuur en het dagelijks bestuur, maar ook in drie commissies, de Medische Commissie, de Bestralingscommissie en de Medisch-pharmaceutische Commissie. Deze commissies bestonden uitsluitend uit artsen en apothekers. De Bestralingscommissie had als belangrijkste taken het toekennen van bestralingsapparatuur aan inrichtingen en het controleren van bestralingsbehandelingen.¹³⁰

De Medische Commissie behartigde de belangen van de huisartsen en de specialisten. Zij controleerde tot de invoering van het verrichtingenstelsel in 1949 de inkomsten en uitgaven van de Utrechtse specialistenpot, was verantwoordelijk voor de regeling van de verwijzing en bemiddelde bij problemen tussen verzekerden en artsen.

De Medisch-pharmaceutische Commissie was verantwoordelijk voor de relatie met de apothekers en de huisartsen, het correct verrekenen van de honoraria en de kosten van de receptuur en de vaststelling van de lijst met toegelaten geneesmiddelen. Deze Utrechtse lijst werd op 1 mei 1952 vervangen door de Nieuwe Landelijke Lijst van Soorten en Hoeveelheden, de N.L.¹³¹ De N.L. verving de oude Utrechtse voorschriften door landelijke richtlijnen. De voorschriftbeperkingen van het Economisch Stelsel, de Utrechtse variant van het Zaanlands Stelsel, kwamen te vervallen. De huisartsen en specialisten werden niet meer gekort op hun honoraria als zij meer dan het toegestane bedrag per verzekerde voorschreven.

De N.L.-richtlijnen bevatten maatregelen die in Utrecht al sinds 1925 werden toegepast, zoals maximaal toegestane hoeveelheden geneesmiddel per recept en een lijst van niet-toegestane geneesmiddelen. De Utrechtse beperking van bijzondere geneesmiddelen, de B.G.-recepten, bestond in de landelijke voorschriften niet, maar de Medisch-pharmaceutische Commissie verzocht de artsen en apothekers de oude B.G.-normen voor de zuinigheid aan te houden. De Commissie vond de N.L.-richtlijnen maar onvolledig en beschouwde het eigen stelsel als effectiever en beproefd. Door de dwingende landelijke richtlijnen moest dit worden opgegeven en verdween een goed functionerende plaatselijke regeling.

Over plaatselijk en regionaal toezicht; veranderingen bij de Commissie van Toezicht

In 1952 werd voor de eerste maal in de geschiedenis van de CvT gesproken over structurele veranderingen in de Commissie. Het Centraal Overleg van Ziekenfondsorganisaties, het COZ, en de Landelijke Huisartsen Vereniging, de LHV, stonden op het punt de eerste landelijke huisartsenovereenkomst af te sluiten. Volgens deze overeenkomst zouden regionale commissies van toezicht moeten worden ingesteld *om het onderling vertrouwen en de samenwerking tussen de ziekenfondsen en de medewerkers te moeten versterken en toezicht uit te oefenen [...] op de juiste toepassingen van de overeenkomsten tussen ziekenfondsen en medewerkers.*¹³²

Deze regionale commissies kwamen maar moeizaam van de grond, vaak helemaal niet. De Utrechtse CvT en de ziekenfondsadministrateurs Snooy, Van de Zande en Rijpma vonden de richtlijnen voor deze regionale instellingen veel te centralistisch. De commissies zouden verantwoording moeten afleggen aan de Centrale Commissie van Toezicht, de CCvT, en dat ging ze te ver. De Utrechtse ziekenfondsen en de medewerkers hadden al zo veel zelfstandigheid moeten inleveren en hun eigen Commissie aan een centraal gezag te moeten onderwerpen was voorlopig nog onaanvaardbaar.¹³³ De CvT had echter een probleem gekregen omdat Liduina en VHZ door de fusies met het Centraal Ziekenfonds en de Omstreken van Utrecht in 1952 een werkgebied hadden gekregen dat groter was dan de stad Utrecht en grotendeels samenviel met het rayon dat een regionale commissie zou krijgen.

De ziekenfondsen, de artsen en de specialisten wilden toch geen nieuwe commissie vormen en verklaarden dat de oude commissie haar taken ook tot de Utrechtse periferie kon uitbreiden.¹³⁴ Verder kon alles bij het oude blijven. Het COZ kon de ziekenfondsen niet dwingen een regionale commissie te vormen en de huisartsen en de specialisten regelden liever op de oude manier hun zaken. Kortom, de CvT stelde zelf vast dat zij als plaatselijke commissie uitstekend de regionale zaakjes kon behartigen en dat was dat. Als landelijke instellingen als het COZ of de Ziekenfondsraad statistische gegevens over de regio wilde hebben, dan kon de CvT daar zelf goed voor zorgen. De medewerkers en de ziekenfondsen waren daar eensgezind over.

Toch moest zelfs de Utrechtse CvT zich aanpassen aan het adagium van de regionalisatie bij de ziekenfondsverzekering. De Centrale Commissie van Toezicht werd door de steun van de ziekenfondskoepels na 1953 steeds belangrijker en haar richtlijnen moesten ook door de Utrechtse CvT worden nagevolgd.¹³⁵ Liduina en VHZ konden het beleid van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en de Federatie V.M.Z. niet naast zich neerleggen en de Utrechtse huisartsen konden de instelling van

regionale commissies volgens hun eigen overeenkomst in 1955 niet langer negeren.¹³⁶ Het bestuur van Ziekenzorg wilde de CvT wel in stand houden, maar maakte zich over de vorm niet zo druk.

Het was met lood in het hart dat het oude unieke Utrechtse samenwerkingsverband tussen ziekenfondsen, artsen, apothekers en specialisten zich in 1956 moest omvormen tot de Regionale Commissie van Toezicht voor het Ziekenfondswezen te Utrecht, de RCvT. Het oude CvT-reglement, dat nog stamde uit 1933, moest worden vervangen door het landelijk reglement. De oude CvT was een plaatselijk uitvoeringsorgaan met bemiddelende taken. De nieuwe RCvT had veel meer arbitraire functies, gericht op de naleving van de landelijke overeenkomsten en toezichthoudende taken op de verstrekkingen en de honoraria.¹³⁷ Voorbeelden van de taken van de RCvT waren de regeling van de overname van huisartsenpraktijken, bemiddeling en vaststelling van tariefregelingen, controle op de naleving van de loongrens en behandeling van klachten van verzekerden, artsen en apothekers tegen elkaar. De belangrijkste subcommissie was de Verwijzings Arbitrage Commissie, de VAC uit de specialistenovereenkomst, die toezicht hield op de verwijzingen.

De collectivisatie deed ook in Utrecht door de dwingende voorschriften van de koepelorganisaties van de fondsen en de artsen haar invloed gelden en dwong tot verandering van oude plaatselijke tradities. De ziekenfondsen en de artsen wilden toch hun relatie zo veel mogelijk naar eigen believen onderhouden en ontwikkelden voor de oude Commissie van Toezicht een moderne vervanger.

Over plaatselijk en regionaal toezicht: de SSZU als gemeenschappelijk uitvoeringsorgaan

Liduina, VHZ, Ziekenzorg en de medewerkers wilden de uitvoerende taken van de oude Commissie in een andere vorm voortzetten. De opheffing van het Controle-Bureau en van de gezamenlijke regelingen voor de honorariumverrekeningen, verwijzingen en verwerking van statistische informatie was voor hen een ramp. Hun administraties waren daar totaal niet op ingesteld. De oplossing was voor de fondsadministrateurs Snooy, Van de Zande en Rijpma snel gevonden in Haarlem, Den Haag en Rotterdam, waar de ziekenfondsen al of niet in samenwerking met de plaatselijke artsen en apothekers sinds 1946 zelfstandige controlebureaus of administratiekantoren hadden ingericht voor medische controles en verzameling van statistische gegevens.¹³⁸ Snooy richtte met deze instellingen als voorbeeld op 22 oktober 1957 in overleg met de besturen van VHZ, Ziekenzorg en Liduina de Stichting Samenwerkende Ziekenfondsen Utrecht op, de SSZU.¹³⁹

De taken van de Stichting waren de administratie en de controle van de receptuur en van de verstrekkingen van fysiotherapie, kunst- en hulpmiddelen en ziekenvervoer, het verwerken van statistische gegevens, de bemiddeling bij het sluiten van overeenkomsten met individuele zorgaanbieders en de berekening van de huisartsenhonoraria.¹⁴⁰ De SSZU leverde alle gegevens die de RCvT gebruikte voor de controle van de verwijzingen, op de aanvragen voor ziekenhuisopnames en op de naleving van de honoreringsregelingen.

De oude CvT-organisatie was met de RCvT en de SSZU veranderd in een tweeling van samenwerkingsorgaan en ondersteuningsorgaan. De twee verschilden in karakter. De SSZU was, in tegenstelling tot de oude Commissie van Toezicht, een ziekenfondsorganisatie. Het bestuur bestond uitsluitend uit vertegenwoordigers van de ziekenfondsen. De Regionale Commissie van Toezicht was wel een samenwerkingsorgaan, waarvan het bestuur paritair was samengesteld uit ziekenfondsbestuursleden, artsen, specialisten, tandartsen en apothekers.

Deze scheiding van uitvoering en controle was mogelijk geworden door het Ziekenfondsenbesluit en de landelijke contractonderhandelingen. De angel van de honorariumonderhandelingen was daardoor uit de relatie ziekenfondsen-medewerkers gehaald. De Utrechtse medici hadden na 1945 geen belang meer bij het praktisch uitvoeringswerk door de ziekenfondsen en de ziekenfondsen werden door de landelijke regelgeving niet meer geconfronteerd met hun honorariumeisen, eisen voor de vrije artsenkeuze en rechtspositiewensen. Beide groepen bleven samenwerken voor hetzelfde doel, een goede gezondheidszorg voor de vrijwillig en verplicht verzekerden, ook na de opheffing van de RCvT in 1972. Deze werd vervangen door de meer eigentijdse Contactcommissie Ziekenfondsen-Medewerkers. De partijen kregen toen door de groeiende overheidsbemoediging en -regelgeving meer behoefte aan overleg over de praktijkvoering en de uitvoering van de Ziekenfondswet dan aan een toezichthoudend en bemiddelingsorgaan oude stijl als de RCvT.

De Utrechtse ziekenfondsen tot de grote fusie, 1945-1980; VHZ-ideologie en Ziekenzorg-rood

Ziekenzorg, VHZ, Liduina, het RZ en het NAZ hadden sinds 1941 dezelfde taken als uitvoeringsorgaan en werkten voor de verzorging van de relatie met de medewerkers samen in de CvT en later in de RCvT en de SSZU, maar zij verschilden lange tijd door hun ideologische achtergrond, het lidmaatschap van hun koepelorganisaties en hun bestuursvorm.

De bestuursvorm van VHZ bleef na 1945 onveranderd. De macht van directeur Snooy werd steeds groter. Snooy was niet alleen administrateur voor VHZ. Hij beheerde de VHZ-optiekzaak Het Brilléglass, de bovenbouw van VHZ, de Stichting Utrechts Ziekenhuisverplegingsfonds en was persoonlijk en namens VHZ als bestuurslid betrokken bij plaatselijke en regionale instellingen op het gebied van de gezondheidszorg. Hij werd in 1971 opgevolgd door zijn zoon W.D.N. Snooy. Deze bleef directeur van VHZ en werd na 1980 lid van het directieteam van het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland.

VHZ sloot zich in december 1945 bij de juist opgerichte Federatie V.M.Z. aan.¹⁴¹ De Federatie onderhandelde in COZ-verband met de medewerkersorganisaties over de overeenkomsten en ondersteunde de Maatschappijfondsen bij kwesties als de opheffing van de Stopcirculaire in 1947, salaris en pensioenregelingen voor het ziekenfondspersoneel, de problemen met de vrijwillige verzekering, een gemeenschappelijk tijdschrift en bijzondere verstrekkingen als de verloskundige hulp.

Snooy had een groot aandeel bij de administratieve inrichting van de Federatie en stelde richtlijnen op voor de administratieve organisatie voor Maatschappijfondsen. Hij voerde de administratie voor de landelijke Cursus Commissie voor het Ziekenfondswezen. De ziekenfondsorganisaties hadden deze Commissie gezamenlijk opgericht om ziekenfondspersoneel goed onderwijs te kunnen geven over de verplichte en de vrijwillige verzekering, het ziekenfondswezen, sociale verzekeringswetgeving, administratieve organisatie en boekhouden. Mejuffrouw C.J. Jungeling, de secretaresse van Snooy, schreef in 1948 over De Administratie bij de Algemene Ziekenfondsen in het lijvige cursushandboek *Het Ziekenfondswezen, I-II-III*.¹⁴²

VHZ was een actief lid van de Federatie V.M.Z., maar dacht altijd eerst aan het eigen belang. In 1947 eiste de Federatie dat VHZ de administratie van de Dienst Geneeskundige Verzorging Politie, DGVP, zou opgeven. De Federatie en de NMG waren voorstander van *horizontale*, lokale ziekenfondsen zonder staatsapparaat.¹⁴³ De DGVP was daarentegen een *verticale*, landelijk werkende organisatie die veel op een overheidsorganisatie leek. De weerzin van de Federatie en de NMG tegen de politieverzekering werd gevoed door de voorloper van de DGVP uit de bezettingstijd, het door de Duitsgezinde overheid opgezette Nederlandsch Politie Ziekenfonds.

Swagers, een van de VHZ-verzekerdenbestuursleden, verklaarde met de artsen De Laive en De Jongh dat de houding van de Federatie tegen de DGVP niets anders was *dan het slaan van een kleine jongen*. Het Medisch Contact had tijdens de bezetting het NPZ geaccepteerd. VHZ had in 1942 het beheer van het NPZ voor de neus van het ANOZ weggekaapt. Als het fonds onder druk van de Federatie de DGVP moest opgeven, dan zou de Dienst alsnog naar de concurrent gaan. Snooy wilde om financiële en werkgelegenheidsredenen de DGVP niet loslaten en stelde voor de zaak bij VHZ te laten, totdat de verzekering van ambtenaren en politiepersoneel in een wet geregeld zou zijn. Voorzitter Ten Cate wees de Federatie de deur. VHZ was autonoom en hoefde zich niet door de eigen koepelorganisatie de wet te laten voorschrijven. VHZ wilde de DGVP alleen opgeven, als de Federatie ervoor zou zorgen dat de politiemensen bij de Maatschappijfondsen dezelfde verstrekkingen zouden krijgen als het DGVP-pakket.

De Federatie V.M.Z. was teleurgesteld in de houding van VHZ.¹⁴⁴ Vooral Van de Bunt, de Amersfoortse ziekenfondsprominent en van beroep politiemans, had gehoopt dat met de steun van VHZ zijn collega's in de verplichte verzekering zouden worden opgenomen, maar door de houding van het Maatschappijfonds was dit onmogelijk. Snooy en Ten Cate hielden voet bij stuk: eerst de garantie van de verstrekkingen en dan zou de DGVP pas worden verzelfstandigd. VHZ bleek sterk genoeg om de Dienst tegen de zin van de koepel te behouden.

De fusie van VHZ met de OvU in 1950 was juist weer koren op de molen van de Federatie, die alle fusiepogingen van de Maatschappijfondsen in aangrenzende werkgebieden van harte toejuichte.¹⁴⁵ Regiovorming was een van de hoofdpunten uit haar programma. De realisatie van een werkgebied Midden-Nederland was haar ideaal en zij steunde de pogingen van VHZ om ook Zeist bij de samenvoeging van de stad en de regio te betrekken. Utrecht als Centraal Administratiekantoor en Zeist als bijkantoor voor de verzekerden uit Driebergen, Zeist en Doorn leek een prima constructie.¹⁴⁶ Ten Cate waarschuwde de Federatie en het bestuur van het nieuwgevormde regionale VHZ op 24 april 1951 om niet al te enthousiast te zijn over de samenvoeging van stad en regio.¹⁴⁷ VHZ was nu wel sterker geworden als *bolwerk tegen gekleurde ziekenfondsen* en kon door haar grootte zuiniger werken, maar er moest gewaakt worden *dat een niet te sterk gemechaniseerd lichaam ontstaat, waarvan de hartslagader zeer zwak in te voelen is*.

VHZ liet na de samenvoeging met de OvU de titel Maatschappijfonds uit haar naam vallen, maar bleef zich wel als zodanig beschouwen tot de losmaking van de Federatie uit het KNMG-verband op 31

december 1952.¹⁴⁸ Dit maakte een einde aan de onduidelijke status van VHZ als rechtspersoon. Het VHZ-bestuur had zich in 1933 tot Maatschappijfonds verklaard, maar het fonds nooit in eigendom overgedragen aan de Maatschappij. VHZ bleef feitelijk zelfstandig, ook financieel, terwijl Eggink het fonds als NMG-bezit beschouwde en het van 1933 tot 1943 als middel probeerde te gebruiken om zijn strijd tegen de onderling beheerde fondsen te voeren en zijn plannen over concentratie uit te werken. Het fondsbestuur toonde zich niet rouwig dat de banden met de KNMG verbroken waren, maar betuigde wel volledige trouw aan de Federatie nieuwe stijl.

VHZ zou tot 1980 nog tweemaal worden vergroot met andere fondsen. In 1957 hief de RVS het landelijk werkend ziekenfonds Rotterdamsch Ziekenfonds op en droeg haar afdeling Utrecht over aan VHZ.¹⁴⁹ Ziekenzorg en Liduina probeerden VHZ wat RZ-verzekerden af te snoepen, maar de meeste mensen lieten zich naar VHZ overschrijven. De fusie met het Zeister Ziekenfonds in 1978 betekende een ledengroei van 211.724 naar 248.517 zielen.¹⁵⁰ Het bestuur werd uitgebreid met M.P. Lansberg, specialist en voorzitter van het Zeister Ziekenfonds, en G. Vlastuin, verzekerdenbestuurslid.

Ziekenzorg bleef ook na 1945 de tegenvoeter van VHZ. Het had een reputatie als rood fonds, hoewel Ziekenzorg geen openlijke banden had met de PvdA of de CPN. Sommige bestuursleden waren persoonlijk lid van deze partijen, maar Ziekenzorg zelf had geen ideologische signatuur. Het bleef een onderling beheerd fonds met een bestuur, samengesteld uit verzekerden en soms uitgebreid met afgevaardigden uit vakbondskringen. Ziekenzorg bleef lid van de CBOZ, maar bestuur en directie waren bij deze organisatie minder betrokken dan VHZ bij de Federatie V.M.Z.

Het werkgebied van Ziekenzorg bleef beperkt tot de stad Utrecht. Ziekenzorg werkte met de andere fondsen samen in de commissies van toezicht, de SSZU en de vrijwillige verzekering omdat Lindemann en zijn opvolgers inzagen dat het fonds als eenling de uitvoering van de ziekenfondsverzekering niet aankon. Door deze samenwerking waren zij na 1974 bereid met VHZ en Liduina de mogelijkheden tot fusie te bespreken.

De Utrechtse ziekenfondsen tot de grote fusie, 1945-1980; expansie van het katholieke ziekenfondswezen

Liduina was na de oorlog het meest principiële fonds in de Utrechtse ziekenfondsfamilie. De verzuiling kwam na 1945 op haar hoogtepunt en het recht van de katholieke gemeenschap op eigen ziekenfondsen werd meer dan ooit verdedigd. Het Ziekenfondsenbesluit had het de katholieke arbeiders onmogelijk gemaakt de ziekenfondsverzekering naar eigen inzicht in te richten, terwijl door de naoorlogse ontwikkeling van de medische wetenschap ingrepen en therapieën mogelijk werden, waarvan het gebruik de verzekerde meer dan ooit in conflict kon brengen met diens levensbeschouwing.¹⁵¹ Ziekenfondswetgeving was de katholieke zuil een doorn in het oog. Ziekenfondsen verschaften gezondheidszorg in natura en waren in de katholieke visie geen *ziektekosteninstellingen*, maar *ziekteverzorgingsinstellingen*. Zij waren echter door de wet tot de status van verzekeringsorgaan gedwongen met contracteerplicht, de vrije artskeuze, vrijwillige en verplichte verzekering en een voorgeschreven verstrekkingenpakket.

De Kerk en standsorganisaties als de Katholieke Arbeiders Beweging, KAB, en de Bond van R.K.-Ziekenfondsen waren van mening dat katholieke ziekenfondsen ook in het keurslijf van de wet bestaansrecht hadden.¹⁵² Hun invloed zou bijvoorbeeld kunnen worden vergroot door overeenkomsten af te sluiten met instellingen die de katholieke principes over huwelijk, gezin en leven eerbiedigden, door overheidsinvloed te weren uit de schooltandverzorging, de verloskundige hulp te laten gebeuren door katholieke vroedvrouwen en het aantal afgestudeerde artsen van de Katholieke Medische Faculteit van Nijmegen te vergroten.¹⁵³

Het katholieke ziekenfondswezen moest groeien. Liduina, in 1946 gefuseerd met het Centraal Ziekenfonds, werd door de Kerk en de KAB beschouwd als de motor voor de katholieke gezondheidszorg in het gebied van het Aartsbisdom Utrecht. De grootste concentraties verzekerden buiten Utrecht waren te vinden in Olst, Emmen, Raalte en Haaksbergen. Liduina had verzekerden tot in het Friese plaatsje Blauwhuis toe. De manier waarop Liduina het verzekerdenbestand uitbreidde, had iets weg van een missie in koloniale gebieden. Het fonds stuurde op verzoek van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en het Aartsbisdom in 1960 zijn agenten de IJsselmeerpolders in, waar de eerste bewoners hun nieuwe huizen betrokken. De eerste Liduinaverzekerden daar woonden in de voorlopige nederzetting Roggebotsluis in Zuid-Oost Flevoland.¹⁵⁴ Het meeste succes hadden de agenten in Dronten.

Deze expansie wekte de ergernis van het Algemeen Ziekenfonds voor de IJsselmond uit Kampen, het AZIJ, dat de Noordoostpolder en Flevoland als het eigen werkgebied beschouwde. Het AZIJ, een CBOZ-fonds, duldde geen inmenging van Federatiefondsen of welke andere fondsen dan ook in zijn

territorium en begon een bode-actie. Tot vreugde van het Kampense fonds keurde de Ziekenfondsraad de expansie van Liduina af, maar het vond de Bond van R.K.-Ziekenfondsen tegenover zich.¹⁵⁵ *Deze strijd in de praktische verhoudingen in de N.O.P* werd in 1963 beslecht door bemiddeling van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en de CBOZ in de voorlopige blokkadeovereenkomst.¹⁵⁶ Het AZIJ erkende de aanwezigheid van Liduina, dat stopte met de uitbreiding van het zielental, op dat moment 1.500 en Liduina vroeg in 1966 voor dit deel van het werkgebied geen formele wettelijke erkenning.

Het probleem was in 1973 nog steeds niet opgelost. De overheid liet een uitspraak over de status van de polders achterwege en als gevolg van de blokkade-overeenkomst was het aantal Liduinazielen gedaald tot 1.000. De Ziekenfondsraad en het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid wilden dat Liduina toch erkenning zou vragen voor haar activiteiten in de polder, maar dit was voor haar niet mogelijk door de houding van de Nederlandse Unie van Ziekenfondsen, in 1971 gevormd door de fusie van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en de CBOZ. De Unie wilde niet dat twee van haar ziekenfondsen in hetzelfde gebied werkten en beschouwde de overeenkomst uit 1963 als achterhaald. De afbakening van werkgebieden tussen Liduina en het AZIJ en de uitruil van verzekerden hadden de oplossing kunnen zijn, maar dit liep stuk op de verzuilde achtergrond van Liduina. Dit katholieke karakter kon de vorming van een regionaal werkgebied Flevoland dwarsbomen, waar met de bouw van Almere grote aantallen nieuwe verzekerden zouden gaan wonen.¹⁵⁷ Katholieke verzekerden zouden de voorkeur kunnen geven aan Liduina, als zij nog in de IJsselmeerpolders werkzaam was.

Het katholieke fonds hield uiteindelijk de eer aan zichzelf en deelde de Ziekenfondsraad op 4 maart 1974 mee, dat het zich volledig uit de Noordoostpolder zou terugtrekken.¹⁵⁸ Liduina miste de steun van de Unie en had in 1972 problemen bij het aanvragen van een nieuwe erkenning als ziekenfonds bij het Ministerie. Het bestuur had de rechtspersoon van het ziekenfonds omgezet in een stichting, maar de toewijzing van deze erkenning werd tegengehouden door de polderkwestie en zonder erkenning kon Liduina niet als ziekenfonds functioneren. Staatssecretaris Hendriks gaf deze erkenning op 22 oktober 1974 af en om in de toekomst dergelijke problemen te voorkomen verbond hij er de voorwaarde aan dat deze alleen gold voor gemeenten of gedeelte van gemeenten waar het fonds op 31 december 1965 werkzaam was.¹⁵⁹ Hendriks wilde hiermee zijn opvattingen over regionalisatie uit de Structuurnota Gezondheidszorg bevestigen en beletten dat Liduina haar werkgebied landelijk zou uitbreiden.

Het karakter van het werkgebied was bepalend voor de bestuursvorm van Liduina. Het fonds werd na een statutenwijziging in 1965 beheerd door het bestuur, bestaande uit de directie en negen bestuursleden. De katholieke vakbonden hadden vier zetels. De verzekerden werden vertegenwoordigd door een Deelnemers- of Ledenraad.¹⁶⁰ De ledenraad werd gevormd door verzekerden, afgevaardigd door de rayons van het werkgebied: Utrecht, Betuwe, 't Gooi, Achterhoek, Twenthe, Zwolle en Drenthe.

Liduina was en bleef een onderling beheerd fonds, medewerkers waren van het bestuur uitgesloten. De oude functie van geestelijk adviseur bleef bestaan. De positie van de directeur werd net als bij VHZ steeds belangrijker. Hij trad zelfstandig voor het fonds op, daarbij alleen beperkt door de statuten. De administratie was door alle overheidsmaatregelen, de groei van het verzekerental, de financiële groei en de ontwikkeling van de ziekenfondsverzekering voor het beheer van het fonds net zo belangrijk geworden als de beleidsbeslissingen van het bestuur. E. van de Zande was van 18 juli 1931 tot 1 april 1959 de collega van Snooy. Van de Zande begon in 1931 als administrateur van het Centraal Ziekenfonds en onder zijn leiding groeide Liduina tot het bijna landelijk werkend fonds met 117.124 zielen.¹⁶¹ Hij werd in 1959 opgevolgd door J. van Oostrum.

De ontzuiling was sinds 1970 in volle gang en de basis voor het katholieke ziekenfonds werd steeds smaller. Het fonds werkte sinds jaar en dag samen met de andere Utrechtse fondsen, zijn koepelorganisatie had zich door de fusie met de CBOZ in 1971 opgeheven en de laatste mogelijkheid om zijn positie te versterken, de uitbreiding van het werkgebied tot het landelijk niveau, was door de erkenning door Hendriks in 1974 tenietgedaan. Er waren toen geen redenen meer waarom het fonds niet zou opgaan in een groter Utrechts geheel.

De Utrechtse ziekenfondsen tot de grote fusie, 1945-1980; over de AWBZ, de vrijwillige verzekering, aanvullingsfondsen en bovenbouwen

De fondsen verloren na 1945 steeds meer zelfstandigheid door de toenemende regelgeving van de overheid, de groeiende rol van de koepelorganisaties en door de samenwerking van de fondsen zelf. Ziekenzorg, VHZ en Liduina werden na 1967 ook uitvoeringsorgaan voor de AWBZ. Het opzetten van een AWBZ-afdeling leverde vooral voor Liduina en Ziekenzorg problemen op. Ziekenzorg had

een kleinere administratieve staf dan de twee andere fondsen en beschikte over minder middelen om als verbindingkantoor voor haar verzekerden en alle erkende zorginstellingen in de regio te werken.¹⁶² Liduina had problemen door de grootte van het werkgebied, de onregelmatige spreiding van haar verzekerden en de hoeveelheid instellingen.¹⁶³ De fondsbesturen ontlastten de fondsadministraties door zo veel mogelijk AWBZ-taken, zoals de medische en administratieve controles, door de SSZU te laten uitvoeren.

De leden- en verstrekkingenadministraties werden door de administratieve ontwikkelingen en regelgeving zo groot en gecompliceerd dat VHZ, Liduina en Ziekenzorg in samenwerking met Amersfoort en Omstreken en enkele andere fondsen in 1974 besloten gezamenlijk te beginnen met automatisering in de CVI-groep.

De vrijheid, die de fondsen bij de uitvoering van de vrijwillige verzekering genoten, was geen onverdeeld genoegen. Deze verzekering met haar nominale premie leek op de oude ziekenfondsverzekering van voor 1941, maar toen konden zorgaanbieders en ziekenfondsen zelf de honoraria, de premie en de inhoud van het verstrekkingenpakket vaststellen. Na de gelijktrekking van de verstrekkingen van de vrijwillige en verplichte verzekering in 1947 hadden de Utrechtse fondsen, net als in Zeist en Amersfoort, alleen nog het recht tot de vaststelling van de premie voor de vrijwillige verzekering. Deze moest sociaal aanvaardbaar blijven, maar hoog genoeg zijn voor een dekkende exploitatie. De drie fondsen besloten in 1947 tot de heffing van uniforme premies: f 0,40 zonder en f 0,50 met sanatorium- en ziekenhuisverpleging. De gemeente Utrecht verleende subsidie voor premiereductie aan gezinnen met een weekinkomen lager dan f 38.¹⁶⁴

De premie werd van 1949 tot 1952 landelijk vastgesteld en daarna weer vrijgegeven voor plaatselijke tariefstelling. Ziekenzorg, Liduina en VHZ bleven gelijke premies heffen. Liduina kon de kosten dekken met overschotten uit de premies van de andere rayons.¹⁶⁵ De indeling van haar werkgebied had ook gevolgen voor de premiestelling van de vrijwillige verzekering, want deze varieerde per regio. Het fonds nam na de instelling van de landelijke vereveningskas in 1965 voor de regio Amersfoort-Utrecht deel aan de vereveningskas van rayon III Centrum Nederland, waar een premie van f 39 per maand berekend werd.¹⁶⁶ In de Betuwe, de Achterhoek, Twente en de IJsselmeerpolders betaalden de verzekerden f 34,50 en in Friesland, Drenthe en Raalte f 28,50. De gemiddelde landelijke premie was in 1969 f 35. De boekhouding van het fonds was door deze administraties ingewikkelder dan van VHZ en Ziekenzorg, die alleen te maken hadden met de vereveningskas rayon III.

Ziekenzorg wist de exploitatie te sluiten met inkomsten uit de apotheek en de eigen tandheelkundige centra.¹⁶⁷ VHZ wist het tot 1955 met de premies te redden tot de instelling van de Vereveningskas Midden-Nederland.¹⁶⁸ Ziekenzorg deed aan deze vereveningskas niet mee. Liduina sloot zich er bij aan voor de verevening van haar Utrechtse rayons. De kas bestond maar tot 1958, maar betekende voor VHZ en Liduina een oplossing voor de problemen. Na 1958 moesten zij weer voor zichzelf regelingen treffen. Dit bleef zo tot de instelling van de landelijke vereveningskas in 1965, waar ook Ziekenzorg zich bij aansloot. Sindsdien werkten de fondsen samen en berekenden in Utrecht hun vrijwillig verzekerden tot de fusie met het RZMN dezelfde premie.

De fondsen verzorgden de aanvullende en de ziekenhuisverplegingsverzekering ieder op hun eigen wijze. Ziekenfondsen mochten volgens het Ziekenfondsenbesluit en de Ziekenfondswet hun verzekerden verzekeringen bieden, *krachtens welke recht bestaat op aanvullende verstrekkingen, van belang voor de gezondheidszorg*.¹⁶⁹ De ziekenhuisverpleging werd bij de verplichte verzekering pas in 1964 uitgebreid tot 365 ligdagen per opname en de ziekenfondsen bleven voor die tijd ziekenhuisverplegingsverzekeringen bieden als aanvullende verzekering of als zelfstandige verzekering.

Ziekenzorg richtte op 25 november 1949 het Fonds voor Sanatoriumverpleging en Sociale Bijstand op. Deze verzekering verstreekte kinderuitzending, brillen, breukbanden, steunzolen en prothesen, vergoedde de eigen bijdrage bij sanatoriumverpleging¹⁷⁰ en gaf een aanvullende uitkering op de kosten van ziekenhuisverpleging.¹⁷¹ Dit fonds verving in 1948 de oude ziekenhuisverplegingsverzekering met gemeentelijke subsidie, maar bleek financieel onvoldoende draagkrachtig om de ziekenhuisverpleging effectief te kunnen verzekeren. Dit probleem werd opgelost door de Coöperatieve Vereniging Ziekenhuisverpleging 'Ziekenzorg' u.a. Deze verzekering betaalde een uitkering per ligdag in een erkend ziekenhuis en de kosten van ziekenvervoer.

In 1968 had Ziekenzorg kinderuitzending en bijdragen voor grote apparaten, ambulancevervoer, gehoorapparaten, kraamhulp en pruiken, gratis breukbanden, kousen en steunzolen, vergoedingen voor prothesen en kleuterdagverblijven in het aanvullingsfonds.¹⁷² Het Fonds voor Sanatoriumverzekering en Sociale Bijstand bleef tot de fusie als aanvullingsfonds functioneren. Ziekenzorg regelde in 1956 de verzekering van de bovenbouw, de particuliere verzekering voor mensen met een inkomen boven de

ziekenfondsgrens, door een contract met de NeZiFo, de particuliere ziektekostenverzekeraar van de CBOZ.

Liduina verzorgde na de fusie met het Centraal Ziekenfonds in 1946 zelf de ziekenhuisverplegingsverzekering en bracht deze onder in het aanvullingsfonds. De overeenkomsten met de gemeente en met VHZ werden opgezegd. De aanvullende verzekering bestond tot 1964 uit ziekenhuisverpleging, sanatoriumverpleging¹⁷³, een kraamgelduitkering en deelname aan het Lourdesfonds.¹⁷⁴ Sinds 1948 verstrekke het aanvullingsfonds volledig betaalde Lourdesbedevaarten aan chronisch zieken, waarvoor in 1955 een landelijke stichting werd opgericht.¹⁷⁵ Het Liduinapakket kon in 1964 door het wegvallen van de ziekenhuisverpleging fors worden uitgebreid met verpleging in verpleegtehuizen, observatie in bijzondere inrichtingen voor geestelijk gehandicapte kinderen, bijdragen in de kosten van kunst- en hulpmiddelen, tandregulatie, kronen, stifttanden en kunstgebitten, invalidenwagens, kraamhulp en kinderruitzending. Liduina ging in 1951 een relatie aan met de ONVZ om haar verzekerden, die met hun inkomen boven de loongrens kwamen een particuliere verzekering te bieden.

VHZ voerde in 1948 met de Centrale Administratie Ziekenhuisverplegingsfonds een collectieve ziekenhuisverplegingsverzekering voor de eigen Stichting Ziekenhuisverplegingsfonds, de OvU, het Culemborgs Ziekenfonds, het NAZ, het RZ en het Maatschappijfonds Vecht en Omstreken. De aanvullende verzekering was ondergebracht bij de Stichting Utrechts Ziekenhuisverplegingsfonds en werd in 1964 uitgebreid met bijdragen in de kosten van kinderruitzending, kunst- en hulpmiddelen, spraaklessen en ambulancevervoer, voorzover niet gedekt door de ziekenfondsverzekering.¹⁷⁶ De bovenbouwverzekering bracht Snooy in samenwerking met het ziekenfonds Amersfoort en Omstreken in 1951 onder bij de VGCN.

Het is moeilijk na te gaan welk fonds tot 1980 de beste aanvullende verzekering bood. De premies ontlieden elkaar nauwelijks. Zij waren laag: van een paar centen per week in 1947 tot f 4 of f 5 per half jaar in 1979. Het Fonds voor Sanatoriumverzekering en Sociale Bijstand van Ziekenzorg had bij de Utrechtse ziekenfondsverzekerden de reputatie de gulste verzekering te zijn en was voor veel mensen een reden om zich daar voor hun ziekenfondsverzekering te melden.

Ziekenzorg, Liduina en VHZ voerden tot 1980 binnen het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ zo veel mogelijk een gezamenlijk beleid bij de uitvoering van de vrijwillige verzekering, maar behielden hun zelfstandigheid bij hun aanvullingsverzekeringen. De aanvullende verzekering had na de opheffing van de ziekenhuisverplegingsverzekeringen in 1964 nog weinig betekenis: beperkte verstrekkingenpakketten tegen lage premies. Zij was voor de fondsen evenwel de enige mogelijkheid om de verzekerden verstrekkingen te bieden of te vergoeden, die niet of gedeeltelijk tot de ziekenfondsverzekering of de AWBZ behoorden en stelde hen daarbij in staat hun identiteit te tonen, hetgeen volgens de richtlijnen van de verplichte en vrijwillige ziekenfondsverzekering onmogelijk was.

De fondsen en hun eigen instellingen; het Brilléglass en de tandheelkundige centra

VHZ, Liduina en Ziekenzorg verschilden niet alleen in de uitvoering van de ziekenhuisverplegingsverzekering, de bovenbouwverzekering en met de aanvullingsfondsen, maar ook in het gebruik van eigen instellingen voor de gezondheidszorg. Liduina en VHZ werkten ook na de oorlog samen in de VUZBTV voor de exploitatie van Tandheelkundige Centra. VHZ had de eigen optiekzaak Het Brilléglass, waar brillen en steunkousen werden verkocht. Ziekenzorg beschikte over een eigen apotheek, een centrum voor fysische therapie en tandheelkundige poliklinieken.

De Ziekenfondswet verbood de ziekenfondsen na 1966 *diensten of zaken te leveren tot de bij [...] deze wet geregelde verstrekkingen* of die na 1967 behoorden tot de zorg, voorgeschreven in de AWBZ.¹⁷⁷

De Utrechtse fondsen kregen ontheffing van deze voorschriften omdat zij deze instellingen al beheerden voor 1962. Het Brilléglass, de apotheek Ziekenzorg en de Tandheelkundige Centra bleven na de fusie tot het RZMN bestaan. Alleen Ziekenzorgs centrum voor fysische therapie overleefde de jaren zestig niet. Ziekenzorg verhuisde in 1965 naar nieuwbouw aan de Catharijnesingel en had voor de afdeling geen plaats meer. Het centrum stamde uit 1933, toen er diathermie, hoogtezoon en andere bestralingen gegeven werden. Het werd nooit een echt centrum voor fysiotherapie, er werden in 1961 alleen hoogtezoonbehandelingen gegeven.

De motieven voor het handhaven van de eigen instellingen waren verschillend. Het Brilléglass werd geëxploiteerd om de VHZ-verzekerden korting te kunnen geven op monturen en glazen. Wefers Bettink en Snooy gebruikten de zaak in de dertiger en veertiger jaren om prijsafspraken van de Utrechtse opticiëns te doorbreken. Dit bezorgde hen in 1940 een fikse ruzie met de Organisatie van Nederlandsche Opticiëns, die VHZ beschuldigde van valse concurrentie en om vrije opticiënskeuze

riep.¹⁷⁸ Snooy vond de argumenten van de opticiens irrelevant. Hij beschouwde de zaak als zijn persoonlijke hobby en verdedigde hem met hand en tand. De verzekerden waren niet verplicht om bij Het Brillleglas te kopen, als zij hun geld bij de duurdere brillезaken wilden besteden was het hem best. Het Brillleglas was een zelfstandige N.V. en alleen door middel van een personele unie met het ziekenfonds verbonden. De zaak werd na 1962 gevestigd aan de Lange Smeestraat.

Het Brillleglas was tot 1982 winstgevend, daarna niet meer. De bedrijfsvoering was verouderd en de zaak kon niet meer tegen de concurrentie van de grote opticiensketens op. Het Brillleglas werd in 1994 bij de pensionering van de bedrijfsleider Boekhout gesloten.

De tandheelkundige centra werden door de Utrechtse fondsen niet om bedrijfseconomische redenen opgezet, maar om elkaar te beconcurreren en om te zorgen voor voldoende tandartsen voor hun verzekerden. Ziekenzorg nam in 1934 tandartsen in loondienst en vestigde deze in professionele klinieken omdat zij tijdens de ziekenfondscrisis met de NMT in conflict kwam. VHZ en Liduina konden niet bij Ziekenzorg achterblijven en richtten onder de vlag van de Vereniging van Utrechtsche Ziekenfondsen tot bevordering van tandheelkundige verzorging, de VUZBTV, zelf poliklinieken op. Hun verzekerden waren verplicht zich door deze tandartsen te laten behandelen, tot de NMT en de twee fondsen in 1941 overeenstemming bereikten over vrije tandartskeuze.¹⁷⁹ De Utrechtse tandartsen konden daarom pas na 1941 rekenen op inkomsten uit de ziekenfondspraktijk dankzij de bepalingen over vrije tandartskeuze uit het Ziekenfondsenbesluit.

De VUZBTV had praktijken aan de Pieterstraat en de Kromme Nieuwegracht. Ziekenzorg beschikte over een kliniek aan de Amsterdamsche straatweg. Deze werd in 1957 verplaatst naar de Weerdsingel en in 1965 naar de Catharijnesingel. In 1952 opende Ziekenzorg praktijken aan de Rijnlaan en aan de Sweder van Zuylweg. Na 1957 werden door de VUZBTV en Ziekenzorg centra geopend op Overvecht en Kanaleneiland. De schaarste aan tandartsen in deze nieuwe wijken was groot en de fondsen zagen geen andere mogelijkheid dan de oprichting van eigen poliklinieken om in de behoefte van hun verzekerden te voorzien.¹⁸⁰

Liduina, VHZ en Ziekenzorg maakten met deze eigen praktijken geen winst. De VUZBTV was een zelfstandige instelling en eventuele overschotten zouden alleen de Vereniging ten goede komen. VHZ en Liduina moesten echter vaak bijdragen om de exploitatiekosten te dekken. Ziekenzorg droeg zelf de lasten van de exploitatie, die net als de klinieken van de twee andere fondsen verliesgevend was of quitte speelde.¹⁸¹ Het RZMN handhaafde na de fusie van de ziekenfondsen de tandheelkundige centra aan de Kaap Hoordreef en de Catharijnesingel en vestigde in 1985 in het nieuwe kantoorgebouw aan de Vliegend Hertlaan een heel nieuw centrum.

Ondanks dit nieuw tandheelkundig centrum zouden de praktijken in 1990 worden verzelfstandigd. De Ziekenfondsraad was tegenstander van eigen instellingen en oefende druk uit op het RZMN-bestuur en de directie om de centra op te heffen. Ze bleven verliesgevend en drukten zwaar op de beheerskosten van het ziekenfonds. De centra hadden geen gunstige reputatie bij het publiek, ondanks de kundigheid van het personeel. Particuliere patiënten gaven de voorkeur aan vrijgevestigde tandartsen, terwijl de centra veel te maken hadden met niet-gesaneerde bezoekers. Ondanks deze belangrijke sociale rol werd het vrijwel nieuwe centrum aan de Vliegend Hertlaan opgeheven en werden de praktijken aan de Kaap Hoordreef en de Catharijnesingel geprivatiseerd.¹⁸² Het was het einde van een bijna 60-jarige traditie, waarbij de ziekenfondsen zelf hun verantwoordelijkheid hadden genomen voor de tandheelkundige zorg van hun verzekerden.

De fondsen en hun eigen instellingen; apotheek Ziekenzorg

Apotheek Ziekenzorg bleef na de opheffing van de tandheelkundige centra en het Brillleglas in 1994 als enige van de eigen instellingen over. De apotheek had Ziekenzorg altijd winst opgeleverd en ervoor gezorgd dat het fonds vanaf 1955 zonder deelname aan de verrekenkas de vrijwillige verzekering kon voeren.¹⁸³ De apotheek beleefde tot 1971 een grote bloei, want de Ziekenzorgverzekerden waren tot het gebruik van de apotheek verplicht. Dit leverde geen problemen op, want het oude receptenbussen- en geneesmiddelenbezorgsysteem werkte prima.

Apotheker A.C.C. Kasteel was als loondienstapotheker van 1941 tot 1980 verantwoordelijk voor het reilen en zeilen in de apotheek en diens lange bewindvoering was vermoedelijk de redding van apotheek Ziekenzorg. Hij was geen KNMP-lid, waardoor Ziekenzorg niet afhankelijk was van de voorschriften van de KNMP. De KNMP en de Utrechtse apothekers hadden een afschuw van de eigen instelling. Zij beschouwden deze als inbreuk op de vrije apothekerskeuze, als oneigenlijke concurrentie en hadden een principiële afkeer van apotheken van CBOZ-fondsen als Ziekenzorg en de Volharding. De bezorgdienst en de receptenbussen werden door hen verfoeid, hoewel de Utrechtse

apothekers tot 1940 hun medicijnen ook lieten bezorgen. De apothekersorganisatie had in 1941 deze bezorging verboden in een poging met een koude sanering onrendabele apotheken te laten sluiten.

Toch moesten de KNMP en deze ziekenfondsen tot een overeenkomst komen, want de Ziekenfondswet zou het na 1966 onmogelijk kunnen maken voor de eigen apotheken apothekers in loondienstverband aan te stellen.¹⁸⁴ De KNMP, de CBOZ, de Volharding en Ziekenzorg onderhandelden van 1965 tot 1971 over de erkenning van de twee apotheken. De KNMP zag het liefst de apotheken verdwijnen, terwijl de ziekenfondsen de apotheken erkend wilden zien met handhaving van de receptenbussen. Zij wilden dat hun apotheken ook door KNMP-leden konden worden beheerd.

De overeenstemming werd na moeizaam onderhandelen en veel gekibbel in 1971 bereikt. Voor de Volharding en Ziekenzorg werden identieke overeenkomsten afgesloten. Voor Ziekenzorg betekende dit erkenning van de apotheek, terwijl het fonds de vrije apothekerskeuze invoerde. De Utrechtse apothekers mochten voor het eerst sinds 1934 weer Ziekenzorgverzekerden inschrijven, maar de bezorgdienst bleef tegen hun zin in bestaan. Het werkgebied van de apotheek zou beperkt blijven tot de gemeente Utrecht, met een maximum van 35.000 ingeschrevenen en mocht bij eventuele fusies van Ziekenzorg niet worden vergroot. Kasteel zou mogen worden opgevolgd door een KNMP-lid.

De continuïteit van Ziekenzorg was hiermee gegarandeerd. De KNMP had het recht op de eigen instelling erkend, maar ook bereikt dat door de CBOZ geen andere ziekenfondsapotheken zouden worden ingericht. Apotheek Ziekenzorg zou altijd de verhoudingen tussen de KNMP, het ziekenfonds Ziekenzorg en de rechtsopvolgers van Ziekenzorg, RZMN en ANOVA, blijven bemoeilijken, zoals bij de onderhandelingen voor de fusie van Liduina, VHZ en Ziekenzorg. Het kostte de KNMP en Ziekenzorg bijna een jaar corresponderen en onderhandelen voor de KNMP toestemming gaf de apotheek bij het RZMN voort te zetten. Het VHZ-bestuur, waar de apothekers met twee leden in vertegenwoordigd waren, had een broertje dood aan de apotheek, maar moest deze als bindende voorwaarde voor het doorgaan van de fusie accepteren.¹⁸⁵

De apotheek ging na de fusie met het RZMN achteruit. De organisatie en de inrichting van de apotheek waren in 1983 verouderd. Het aantal ingeschrevenen daalde en de winst op de vergoeding van geneesmiddelen zou naar verwachting minder worden. De Utrechtse apothekers en de KNMP bleven Ziekenzorg verafschuwen, ondanks de nog steeds geldende overeenkomst van 1971. De Ziekenfondsraad en de VNZ waren geen voorstanders van de apotheek.¹⁸⁶ De apotheek was wel een volgens de Ziekenfondswet erkende instelling, maar ziekenfondsen zouden zich niet op economisch terrein moeten begeven of zelf taken op het gebied van de gezondheidszorg mogen uitvoeren.

Het RZMN-management wilde de apotheek echter niet afstoten, maar juist reorganiseren. De praktijkervaring die de apotheek bood, gaf objectieve normen voor vergoedingen en honoraria om de voorstellen van de KNMP tijdens onderhandelingen te toetsen en beleidswijzigingen van de overheid in de praktijk te testen.¹⁸⁷ De visie op Ziekenzorg als eigen instelling begon te veranderen.¹⁸⁸ Het werd niet meer beschouwd als een ziekenfondsapotheek, die medicijnen per bromfiets liet bezorgen, maar kon door alle vernieuwingen in de gezondheidszorg juist voor de farmaceutische voorzieningen in de regio een voortrekkersrol spelen. De thuiszorg werd steeds belangrijker. De apothekers uit het gebied van het RZMN en A&O richtten in 1988 de Coöperatieve Apothekersvereniging Midden-Nederland op. Zij wilden deze vereniging laten samenwerken met Kruisverenigingen, wijkverpleging en ziekenhuisapothekers voor de levering van thuiszorgartikelen als incontinentiemateriaal en zelfs voor de thuisbezorging van medicijnen. De Utrechtse apothekers wilden Ziekenzorg hierbij betrekken, eventueel zelfs als centrale apotheek.

RZMN-directeur Beintema zag in deelname van Ziekenzorg een mogelijkheid om de apotheek tot het circuit van normale apotheken te laten behoren, temeer omdat apotheker Hoeve door de plannen van de Commissie-Dekker en de beperkingen van de overeenkomst uit 1971 het vermoeden had dat de exploitatie van Ziekenzorg verliesgevend zou worden. Er waren twee mogelijkheden dit te voorkomen: renovatie van de apotheek en een nieuwe overeenkomst met de KNMP.

Na veel aarzelen, discussies en beleidsvoornemens werd Ziekenzorg in 1990 geheel opnieuw ingericht. De onderhandelingen met de KNMP werden gekoppeld aan de privatisering van Ziekenzorg. Daarbij zou de band met het ziekenfonds behouden blijven door middel van persoonlijke banden via het management. Bij de verzelfstandiging van de tandheelkundige centra was dit niet gebeurd. De tandartsen waren zelfstandige praktijken begonnen.

Verzelfstandiging had twee voordelen. Apotheker Hoeve kon zelfstandig als apotheker opereren, los van de banden van de Ziekenfondsraad, en naar eigen inzicht in overleg met het ziekenfonds nieuwe initiatieven ontplooiën op farmaceutisch gebied en bij de levering van kunst- en hulpmiddelen. Bij de opheffing van de contracteerplicht zou door middel van de apotheek een offensief beleid kunnen worden gevoerd door middel van prijsconcurrentie, de bezorgdienst en geautomatiseerde

communicatie tussen huisarts en apotheek. Het tweede voordeel was het behoud van de winst voor de onderneming. De winsten van Ziekenzorg als eigen instelling vloeiden in de kas van de Ziekenfondsraad, terwijl er voor tijden van nood niets kon worden gereserveerd. Het RZMN-bestuur en de directie waren voor verzelfstandiging. Dit proces werd vertraagd door de fusie van het RZMN en A&O in 1992, maar in 1995 gerealiseerd.

Apotheek Ziekenzorg was als enige van de eigen instellingen in Utrecht overgebleven. De bedrijfsvoering was gemoderniseerd en de beheersvorm aangepast aan de eisen van de tijd en de plannen in de gezondheidszorg. RZMN/A&O, in 1994 hernoemd tot ANOVA, beschikte daardoor met Ziekenzorg over een zelfstandige en financieel gezonde onderneming, die als moderne apotheek niet alleen de verzekerden van geneesmiddelen voorziet, maar ook een voortrekkersrol speelt in de Utrechtse farmaceutische gemeenschap. En daardoor een luis in de pels blijft van de Utrechtse apothekers, zoals het een afstammeling van het oude fonds Ziekenzorg betaamt.

De fondsen en hun eigen instellingen; motieven

De ziekenfondsen hadden in de loop der tijd verschillende motieven om eigen instellingen in het leven te roepen, te onderhouden of af te schaffen. Deze motieven waren:

- de ideologische wens de uitvoering van de gezondheidszorg zelf te beheren;
- concurrentie tussen de fondsen onderling;
- het voorzien in verstrekkingen als er zich onvoldoende zorgaanbieders of leveranciers voor een fonds of in een deel van het werkgebied aanboden;
- te trachten verstrekkingen van een hogere kwaliteit te leveren dan de zorgaanbieders zelf;
- de kostprijs van de verstrekkingen in de hand te houden als de koepelorganisaties of de zorgaanbieders te hoge honoraria vroegen, of om leveranciers tot lagere tarieven of prijzen te dwingen. De eigen instellingen konden in deze behoeften voorzien, maar vormden altijd een doorn in het oog van de plaatselijke zorgaanbieders en hun organisaties, de Ziekenfondsraad en in de ogen van ziekenfondskoepels zelf als de voormalige Federatie V.M.Z en de VNZ. Het gebruik van de eigen instellingen had altijd een prijs in de vorm van problemen in de relatie met deze partijen. Hun functioneren werd daardoor altijd beperkt. De fondsen zelf hadden ook vaak problemen met de bedrijfsvoering van de eigen instellingen door verwaarlozing van investeringen, exploitatietekorten of met de personeelsvoorziening.

Eigen instellingen waren de verwoording van het dilemma van de ziekenfondsen: zijn ziekenfondsen of zorgverzekeraars *ziekteverzekeringsinstellingen* of *zorginstellingen*? Ieder fonds of iedere zorgverzekeraar probeerde en probeert deze vraag op eigen wijze te beantwoorden. Eigen instellingen bieden aan het onderling beheerde fonds, het Maatschappijfonds of de zorgverzekeraar de mogelijkheid in de zorgbehoefte van hun verzekerden te voorzien, hun verstrekkingenpakket uit te breiden, de tarieven van de zorgaanbieders te beïnvloeden of gewoon om winst te maken oftewel: de markt op te gaan. Anno 1997 een actueel thema.

De Utrechtse ziekenfondsen; fusie ondanks verschillen?

VHZ, Liduina en Ziekenzorg bleven na 1945 ideologisch en praktisch verschillend. Zelfs onder het regime van het Ziekenfondsenbesluit en het toezicht van de Ziekenfondsraad kon in 1952 nog tussen VHZ en Ziekenzorg een felle strijd ontbranden om de leden van het Zieken- en Ondersteuningsfonds van de Nederlandse Spoorwegen.¹⁸⁹ Dit fonds, 120.000 leden groot, zou in 1953 worden opgeheven. De koepelorganisaties van de fondsen hadden afgesproken geen concurrentiestrijd met agressieve ledenwerfacties aan te gaan, maar Liduina deed dit toch. VHZ en Ziekenzorg konden daarbij niet achterblijven met een ouderwetse ziekenfondstwist als gevolg. Het zou tegelijk de laatste zijn.

Ondanks de verschillen waren er voldoende redenen om in 1974 de samenwerking van de SSZU te verdiepen: de AWBZ, de automatisering en vooral de ontwikkeling van de politieke visie op de gezondheidszorg, vastgelegd in de Structuurnota Gezondheidszorg van Hendriks.¹⁹⁰ Dit was het begin van het proces, dat in twee fasen zou leiden tot de samenvoeging van de werkgebieden van de Utrechtse fondsen en Amersfoort en Omstreken, met als tussenfase de fusie van de VHZ, Liduina en Ziekenzorg tot het RZMN.

De relatie artsen-ziekenfondsen in Utrecht, 1945-1980; een evaluatie

De verhoudingen tussen de Utrechtse artsen, VHZ, Liduina en Ziekenzorg bleven na 1945 harmonieus en maakten een geleidelijk proces van verzakelijking door. De ideologische verschillen die de relatie van 1933 tot 1940 hadden beheerst, bleven ook na 1945 bestaan, maar het Ziekenzorgbestuur handhaafde na 1945 de samenwerking met de contractfondsen en de artsen. De invloed van het

ideologisch verschil tussen onderling beheerd ziekenfonds en Maatschappijfonds werd steeds kleiner, waardoor de relatie tussen Ziekenzorg, Liduina, VHZ en de artsen steeds zakelijker werd en grote conflicten tussen Ziekenzorg en VHZ zich deden niet meer voordeden. De oorzaken voor deze verzakelijking waren:

- de overheidsregelgeving, waardoor het karakter van de ziekenfondsen als uitvoeringsorganen steeds duidelijker werd;
- de collectivisatie in koepelorganisaties en de verschuiving van plaatselijke naar landelijke overeenkomsten;
- de ontzuiling, waardoor het belang van Liduina als katholiek ziekenfonds afnam;
- de eisen, die de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ aan de ziekenfondsadministratie stelde, waardoor automatisering en verdergaande verbetering van de administratieve organisaties steeds belangrijker werd. De rol van de ziekenfondsdirecteuren als uitvoerders werd steeds belangrijker tegenover de beleidsbepalende rol van de besturen.

De Utrechtse artsen en de fondsen streefden ernaar ondanks de sterker wordende collectivisatie en de groeiende invloed van de overheid tot 1980 zo veel mogelijk op hun eigen manier hun relatie te onderhouden en zelfstandig beleid te maken. De relatie werd op twee manieren in stand gehouden: in het door verzekerden en medewerkers gemeenschappelijk beheerde VHZ en door samenwerking in organen voor overleg, controle en administratieve verwerkingen als de CvT, de RCvT en de SSZU. Hun vrijheid werd daarbij beperkt door de voorwaarden uit de landelijke overeenkomsten tussen LHV, LSV en de ziekenfondsorganisaties. De fondsen voerden binnen de grenzen van de Ziekenfondswetgeving en AWBZ zelfstandig beleid bij de uitvoering van de vrijwillige verzekering, de aanvullende verzekeringen, hun bovenbouwen en de eigen instellingen.

De artsen en de ziekenfondsen hielden de structuur van het Utrechtse ziekenfondswezen ook na 1945 in stand en pasten dit steeds aan aan de eisen van de tijd. Het opheffen van de traditionele scheiding van onderling beheerd ziekenfondswezen en Maatschappijfondsenideologie zou moeilijk op te geven zijn, maar uiteindelijk noodzakelijk blijken.

3.11 De vorming van ANOVA en de verzakelijking van de verhoudingen, 1974-1996

Het fusieproces van de Utrechtse en Amersfoortse fondsen tot RZMN/A&O, het latere ANOVA, duurde achttien jaar. De Utrechtse fondsen gingen in 1980 en 1983 op in het RZMN, na een overleg dat in 1974 begonnen werd. In 1992 werden het Utrechtse en Amersfoortse ziekenfondsbestel samengevoegd. Deze ontwikkeling had grote gevolgen voor de verhoudingen tussen de artsen en VHZ, Ziekenzorg, Liduina, het Zeister Ziekenfonds en Amersfoort en Omstreken.

De vorming van het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland; de eerste gedachten

W.D.N. Snooy noemde in het jaarverslag van VHZ over 1974 het centrale thema uit de Structuurnota, herstructurering, een dwingende noodzaak omdat *het huidige stelsel van voorzieningen in de gezondheidszorg onoverzichtelijk wordt geacht en de kosten met de regelmaat van de klok blijven stijgen*.¹⁹¹ De belangrijkste kenmerken van deze herstructurering waren ook in de ogen van Snooy regionalisatie en echelonnering. Hij vond het opmerkelijk dat ziekenfondsorganisaties en ziekenfondsen de afgelopen jaren al bezig waren met de regiovorming, maar dat de vorming van een regio in het centrum van Nederland moeilijk haalbaar leek te zijn.

Integratie van VHZ, Ziekenzorg en Liduina was echter onvermijdelijk en noodzakelijk. De versnippering van het Utrechtse ziekenfondsbestel was volgens het in de Structuurnota geformuleerde regionalisatiebeleid en het concentratiestreven in het landelijk ziekenfondswezen niet te handhaven. De integratie tot een Utrechts ziekenfonds zou de structuur van de gezondheidszorg overzichtelijker maken doordat de zorgaanbieders in de regio dan in het vervolg nog maar met een fonds te maken hadden voor declaratieverwerking, controles en overleg. Een sterk fonds zou initiatieven kunnen nemen voor de in de Structuurnota gewenste veranderingen en een goede samenwerkingspartner én tegenpartij zijn voor de aanbodzijde in de gezondheidszorg.

Een Utrechts fonds zou een sterke organisatie kunnen zijn. De beheerskosten van de ziekenfondsverzekering zouden worden verlaagd, één fonds zou efficiënter kunnen werken met minder personeel, en de problemen met de AWBZ zouden door een grote afdeling beter kunnen worden opgelost dan met de versnippering over drie kleinere afdelingen en de SSZU. Eenheid in de administratie en de administratieve organisatie maakte automatisering rendabeler en efficiënter en verminderde de bureaucratie.

De ideologische driedeling van VHZ, Liduina en Ziekenzorg had zich in 1974 door de verzakelijking overleefd en door de samenvoeging van de ziekenfondskoepels in de VNZ waren VHZ en de twee onderling beheerde fondsen vertegenwoordigd door dezelfde organisatie. Nu de ideologische schotten in het ziekenfondswezen op het landelijk niveau waren verdwenen, zou dit ook lokaal moeten gebeuren. De VNZ oefende op de ziekenfondsen morele druk uit om mee te werken aan regionalisatie. Ziekenfondsen moesten minimaal 200.000 verzekerden groot zijn om een economisch verantwoord draagvlak te hebben voor het aantrekken van deskundig en voldoende personeel.¹⁹² De verwerking van de informatiestromen stelde steeds meer eisen aan de vakbekwaamheid en de kennis van het ziekenfondspersoneel, dat moest worden uitgebreid met professionals voor informatieverwerking en met kennis van beleid en bestuurskunde op het gebied van de gezondheidszorg. Deze redenen en de decennia-oude praktische samenwerking maakten het natuurlijk dat de besturen en de directies vanaf 1975 onderhandelden over integratie van de fondsen tot een regionaal werkend fonds.

Het initiatief kwam van het Liduinabestuur, dat al in 1973 had geconstateerd dat regionalisatie onvermijdelijk was.¹⁹³ De katholieke principes waren bij de ziekenfondsverzekering moeilijk te handhaven en de katholieke waarden van huwelijk en moraal stonden door de ontzuiling op zeer losse schroeven. Het fonds moest daarom het voortouw nemen bij de samenwerking van de Utrechtse ziekenfondsen in een poging zo veel mogelijk van zijn oude normen en tradities te redden.¹⁹⁴ Het werd daarbij gestimuleerd door De Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, die in 1975 en 1976 VHZ, Liduina en Ziekenzorg verzocht hun mening te geven over de afstemming van hun werkzaamheden op een gezondheidsregio.

De vorming van het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland; van samenwerking naar fusie

De tenor van de gesprekken van de directies en besturen over samenwerking veranderde in 1976 langzaam in fusie. Als eerste stap in dit proces verklaarden de besturen in een intentieverklaring dat zij streefden naar de oprichting van een Regionaal Ziekenfonds voor Midden-Nederland. Dit ziekenfonds zou *in het kader van de herstructurering van de gezondheidszorginstellingen behalve verzekeringsinstelling tevens medebeleidsbepalende instantie* voor de regionale gezondheidszorg

moeten zijn.¹⁹⁵ Het werkgebied zou worden gevormd door de in de gezondheidszorg gehanteerde regionale indelingen, het bestaande patroon van de spreiding van gespecialiseerde voorzieningen en de geografische en demografische kenmerken van de regio. Ter afronding van dit werkgebied zouden de buitengebieden van Liduina worden uitgeruild, als naburige ziekenfondsen met deze gebieden hun grenzen konden wijzigen.

De fondsen hadden in 1977 overeenstemming bereikt over de handhaving van de eigen instellingen en de samenvoeging van hun aanvullende verzekeringen in een aanvullingsfonds bij het RZMN, met als handreiking naar Liduina de voortzetting van de Lourdesreizen. De verschillende bovenbouwverzekeringen zouden worden ondergebracht bij het Zilveren Kruis.¹⁹⁶

De fusie van VHZ met het Zeister Ziekenfonds in 1978 was de tweede stap in het fusieproces. Al was dit een zijstap van VHZ buiten Utrecht, het was noodzakelijk voor de afronding van het werkgebied. Deze samenvoeging was ook logisch volgens de patiëntenstroom naar instellingen in de tweedelijnsgezondheidszorg. Het Zeister Ziekenhuis ontving bewoners uit Zeist, Driebergen, Austerlitz en Doorn, terwijl de Zeistenaren zich ook richtten op de Utrechtse ziekenhuizen.

Het overleg liep redelijk soepel tot juni 1979 toen door misverstanden en wrijvingen tussen VHZ en Ziekenzorg een conflict ontstond over de apotheek en het lidmaatschap van Ziekenzorg van de Stichting Algemene Gezondheidszorgvoorzieningen, de STAG.¹⁹⁷ De STAG was een samenwerkingsverband van de Haagse Volharding, het Amsterdamse Ziekenzorg, het FNV en het CNV. Deze wilden de hegemonie van het vrije beroep in de gezondheidszorg doorbreken door het oude systeem van medewerkers in loondienst nieuw leven in te blazen en de interdisciplinaire samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg te verbeteren.

Het probleem van de apotheek was door overleg voor VHZ en Ziekenzorg wel op te lossen, maar niet het lidmaatschap van een instelling die tegen alle oude Maatschappijfondstradities van VHZ indruiste, en het leek alsof alle oude wonden ineens weer werden opengereten.¹⁹⁸ Directies en besturen van VHZ en Ziekenzorg zaten bij een bemiddelingsvergadering in het kantoor van de VNZ plotseling als kemphanen tegenover elkaar.¹⁹⁹ Pogingen van het FNV en de VNZ om de zaak te lijmen hadden geen succes. Ziekenzorg trok zich uit het fusie-overleg terug en verklaarde toe te treden tot de STAG. Het fonds wilde nog wel blijven samenwerken in de SSZU. Het kon ook niet anders, want de SSZU voerde een groot deel van de administratie.

VHZ en Liduina moesten alleen verder met het RZMN, dat op 1 mei 1980 statutair werd opgericht. De twee fondsen gingen op 1 januari 1981 in het nieuwe regionale fonds op.²⁰⁰ De eerste fase in het fusieproces was afgesloten. De regio van het RZMN werd gevormd door de werkgebieden van VHZ en Liduina. Het bestuur was een afspiegeling van de bestuurssamenstelling van de VNZ: vier verzekerden, vier medewerkers en twee vertegenwoordigers van werknemersorganisaties, een breuk met de door VHZ in 1933 geadopteerde pariteit en met het onderlinge karakter van Liduina. Het was een overgangsbestuur, gevormd door VHZ- en Liduinaprominenten als de oude Ten Cate, M.P. Lansberg, J.G. Werkhoven en D.G. Boswijk. De oprichting van het RZMN had de opheffing van de Stichting Samenwerkende Ziekenfondsen Utrecht tot gevolg. De taken van de SSZU werden overgenomen door het nieuw gevormde administratief apparaat van het RZMN, dat ook het werk voor Ziekenzorg overnam.

Ziekenzorg moest uiteindelijk met het RZMN samengaan.²⁰¹ De financiële positie van het fonds was slecht en de Ziekenfondsraad wilde koste wat kost dat Ziekenzorg zou fuseren of anders zou worden opgeheven. De Raad keurde de AWBZ-administratie volledig af en zette het fonds daarmee het mes op de keel. Het gevolg van deze druk was snelle overeenstemming tussen het Ziekenzorg en het RZMN in 1982 en Ziekenzorg werd volgens de afspraken uit 1977 probleemloos in de RZMN-gemeenschap opgenomen.

Het RZMN voldeed nu aan alle wensen, in 1974 uitgesproken in de Structuurnota: een potentieel sterk ziekenfonds van ± 420.000 verzekerden met een werkgebied dat grotendeels samenviel met de regionale indeling van de gezondheidszorg.²⁰² Anderhalve eeuw na de oprichting van de oude Sociëteit Voorzorg was de verzekering van de gezondheidszorg in de regio Utrecht in een organisatie verenigd en was de relatie artsen-fondsen teruggebracht tot de relatie artsen-RZMN. Het fonds beschikte over een gemengd bestuur, dat een uitstekend compromis leek tussen de bestuurssamenstelling van de Maatschappijfondsen en van de onderling beheerde arbeidersfondsen. Verzekerden en medewerkers beschikten over goede vertegenwoordigingen. De voorzitter was een arts, waarmee recht gedaan werd aan de oude rol van de artsen als beleidsbepalers in het Utrechtse ziekenfondsbestel en als belangrijkste medewerkersgroep. De concentratie van de fondsen in het RZMN was het einde van het proces van verzakelijking van de Utrechtse relatie artsen-fondsen, dat in 1945 met de bevestiging van de blijvende samenwerking van Ziekenzorg in de Commissie van

Toezicht was ingezet. Het onderscheid tussen de Maatschappijfondsentraditie en onderling beheerd ziekenfondswezen behoorde in Utrecht tot de verleden tijd.

De nieuwe organisatie beschikte over het potentieel om te voldoen aan de uitspraak, gedaan in de intentieverklaring van 1976 om niet alleen te functioneren als verzekeringsinstelling, maar ook als voortrekker voor de beleidsbepaling in de regionale gezondheidszorg, zoals het volgens de traditie van de Maatschappijfondsen en de Utrechtse relatie artsen-ziekenfondsen voor 1941 betaamde.

Het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland, 1980-1992; een probleemfonds

De ontwikkeling van het RZMN werd van het begin af helaas belemmerd door interne problemen. De integratie van de fondsen met hun bijna een eeuw oude tradities zou moeilijk zijn, de verzekerden- en verstrekkingenadministraties moesten met de taken van de opgeheven SSZU worden geïntegreerd, de huisvesting moest worden geregeld, een goed werkende AWBZ-afdeling was dringend nodig en de automatisering eiste alle aandacht.

Het RZMN werd vanaf het eerste jaar van het bestaan geconfronteerd met managementproblemen. De directie van het RZMN werd gevormd door Snooy en de voormalige Liduina-directeur Van Oostrum. Van Oostrum gaf in 1981 te kennen dat hij op 1 januari 1983 vervroegd wilde uittreden. Dit zou de opbouw en de continuïteit van de jonge RZMN-organisatie in gevaar kunnen brengen, maar een geschikte opvolger leek snel gevonden in de persoon van mevrouw H. Kaldenbach. Onder leiding van Kaldenbach en Snooy werd het RZMN verder ingericht en het fonds werd na tussentijdse huisvesting in de Kaatstraat in 1986 ondergebracht in een nieuw kantoor aan de Vliegend Hertlaan in Utrecht.

Managementproblemen en bestuursonenigheid bleven de ontwikkeling van het RZMN parten spelen. Kaldenbach vertrok in 1986 op aandringen van het bestuur als gevolg van meningsverschillen en organisatorische problemen.²⁰³ Zij werd na een periode van interim-management opgevolgd door P.R. Beintema, secretaris bij de Ziekenfondsraad. Snooy vertrok in 1989 en werd vervangen door D. Blanken, afkomstig van de VNZ. Tussen Beintema en Blanken ontwikkelde zich een machtsstrijd. Zij verschilden van inzicht over het leidinggeven aan de organisatie en de invulling van de taak van het RZMN op het gebied van de gezondheidszorg en de organisatie werd daardoor verlamd.²⁰⁴ Deze problemen dwongen het bestuur voortdurend tot ingrijpen en tot herbezinning op de management- en bestuursstructuur, zonder dat een goede oplossing werd gevonden.

Andere problemen betroffen de opbouw en ontwikkeling van de verzekerden- en verstrekkingenadministraties. Deze werden bemoeilijkt door problemen met de automatisering. Het RZMN ging in 1987 over van de oude CVI-systemen naar een samenwerking met het ziekenfonds RZR in Doorwerth, dat programmatuur in eigen beheer ontwikkelde. De samenwerking met RZR verliep redelijk, maar de kosten van de automatisering waren hoog en vormden een bron van voortdurende zorg.²⁰⁵

De belangrijkste taak van het RZMN bleef het uitvoeren van de Ziekenfondswet en de AWBZ. Het volgde de richtlijnen van het COTG en werkte volgens de voorwaarden en afspraken van de landelijke medewerkersovereenkomsten. De relatie met de medewerkers werd door overleg in commissies, stuurgroepen en adviescolleges in stand gehouden. De Contactcommissie Ziekenfondsen-medewerkers, de opvolger van de oude Regionale Commissie van Toezicht, werd vervangen door de Contactcommissie RZMN-medewerkers. Het fonds probeerde het in de intentieverklaring gestelde voornemen als voortrekker op te treden op het gebied van de gezondheidszorg vorm te geven, zowel bij de uitvoering van zijn officiële taken als informeel.

Vanaf 1981 werd het RZMN verbindingkantoor voor de controle, de taakstelling en de erkenning voor het kruiswerk in de regio. Het fonds voerde overleg met de Provinciale Utrechtse Kruisvereniging, spande zich in voor de regulering van de bouwactiviteiten van de kruisverenigingen en trachtte de richtlijnen voor het omgaan met eigen vermogen van het kruiswerk uit te voeren.²⁰⁶

De gezamenlijke kruisverenigingen legden in 1987 een voorstel voor om te beginnen met aanvullende thuiszorg, een plan dat de Utrechtse fondsen al in 1928 in het kader van de ziekenhuisverpleging aan de gemeente hadden gepresenteerd. Het RZMN steunde dit voorstel en nam deel aan een initiatief voor een geïntegreerd zorgaanbod voor ouderen in Nieuwegein.²⁰⁷ In 1989 werd het fonds betrokken bij de integratie van gezinszorg en kruiswerk.²⁰⁸

De Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg werd op 1 januari 1982 een AWBZ-verstrekking.²⁰⁹ Het RZMN spande zich in voor de vorming van twee RIAGG's in de regio Utrecht, een RIAGG Rivierenland en nam de financiering van het Crisiscentrum Utrecht over van de Ziekenfondsraad. In 1983 en 1984 werd bij interne problemen bij deze RIAGG's bemiddeld. Het fonds beoordeelde als

AWBZ-verbindingkantoor de begrotingen van de RIAGG's, verzorgde de erkenningen en betaalde de declaraties.

Het RZMN en de ziekenhuizen voerden regelmatig overleg over de ziekenhuisbudgettering.²¹⁰ Dankzij dit overleg konden budgetten zodanig worden gebruikt dat overschotten voor de financiering van tekorten of bijzondere uitgaven konden worden gebruikt.²¹¹ De budgetteringsproblemen konden niet altijd door deze methoden worden opgelost. In 1987 werd het budget voor de dotterbehandeling in het Nieuwegeinse Anthoniusziekenhuis overschreden en werd het verzoek van het ziekenhuis om dit budget te compenseren afgewezen.²¹² In 1987 en 1988 bemiddelde het RZMN bij overleg tussen de Willem Arntsz Stichting, het COTG en financiers, nadat deze Stichting door een verkeerd financieel beleid in de problemen was geraakt.

Het RZMN beschikte in 1987 over een afgerond werkgebied met een stabiel aantal verzekerden, ± 420.000, en speelde een actieve rol in de regionale gezondheidszorg. Aan de buitenkant leek het fonds levenskrachtig. Intern waren er problemen. De administratieve organisatie was na de fusie in 1983 voortdurend in opbouw. Het management was minder krachtig dan het had moeten zijn en de automatisering leverde voortdurend problemen op.²¹³ Het bestuur en de directie waren niet in staat zelf de moeilijkheden op te lossen en zochten naar samenwerking met een andere instelling.

De behoefte aan samenwerking werd vergroot door de ontwikkelingen in de gezondheidszorg sinds de presentatie van het plan-Dekker als de invoer van marktelementen met contracteervrijheid en het wegvallen van de beperkingen van de werkgebieden, concurrentie tussen de zorgverzekeraars, budgettering en schaalvergroting. Het RZMN had dringend behoefte aan een partner, waarmee het de druk van concurrentie van andere zorgverzekeraars kon weerstaan en die kon helpen bij de oplossing van de voortdurende automatiseringsproblemen. Directeur Beintema zocht en vond deze partner in augustus 1987 bij het Amersfoortse A&O.

RZMN/A&O ofwel ANOVA

De voorzitters en secretarissen van Amersfoort en Omstreken en van het Regionaal Ziekenfonds verklaarden op 20 december 1988 dat zij de mogelijkheden tot samenwerking wilden laten onderzoeken en garandeerden dat de verzekerden op een zo goed en optimaal mogelijke wijze aanspraak moesten kunnen maken op hun dienstverlening.²¹⁴

Deze intentieverklaring gaf niet alleen aan dat de toenaderingspogingen van het RZMN en A&O serieus waren, maar tekende ook de verschuiving in de verhouding ziekenfonds-medewerkers. De verklaring sprak over samenwerking van organisaties, zorg voor werkgelegenheid en dienstverlening aan de verzekerden, maar niet als in vroeger tijden over de betrokkenheid van de medewerkers. De ziekenfondsen en de artsen stonden door alle veranderingen in de gezondheidszorg sinds 1987 meer en meer als partijen tegen over elkaar die geleid door koepelorganisaties, veranderende wetgeving en overheidsvoorschriften, door overleg en onderhandelingen in de behoeften aan gezondheidszorg in de regio probeerden te voorzien. Een van de hoofddoelstellingen van de bedrijfsstrategie van de nieuwe zorgverzekeraar RZMN/A&O werd in maart 1992 geformuleerd als het bieden van verzekeringsdiensten aan huishoudens.²¹⁵ De uitgangspunten daarvoor waren klantgerichte dienstverlening aan de verzekerde, een kwalitatief goede zorgverlening met een blijvende toegankelijkheid van noodzakelijke zorgvoorzieningen en werken zonder winstoogmerk.

De ziekenfondsen Amersfoort en Omstreken en het RZMN fuseerden op 8 september 1992 tot de zorgverzekeraar RZMN/A&O, in 1995 herdoopt tot ANOVA-Verzekeringen. Het marktaandeel van de organisaties werd door de fusie vergroot. De nieuwe zorgverzekeraar had ongeveer 600.000 verplicht verzekerden en 68.000 particulier verzekerden en was daarmee een van de grootste in het land. De concentratie van de Utrechtse en Amersfoortse ziekenfondsen was voltooid. De werkgebieden van Amersfoort en Omstreken en het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland werden samengevoegd tot een grote regio Midden-Nederland.

Het beheer van ANOVA werd gevoerd door de Raad van Bestuur in samenwerking met de Raad van Toezicht, de moderne vervanging van het oude directie/bestuursmodel.²¹⁶ Dit model werd in 1989 voor het eerst toegepast bij de zorgverzekeraar DSW en daarna bij steeds meer zorgverzekeraars gebruikt. Volgens het directie/bestuursmodel berustte de verantwoordelijkheid voor het beleid bij het bestuur en de Ledenraad, terwijl de verantwoordelijkheid voor de uitvoering en het functioneren van de organisatie in handen lag van de directie. Bij de Amersfoortse, Utrechtse en Zeister fondsen was deze scheiding steeds minder strikt geworden en kreeg de directie door de groei van de organisatie en de uitbreiding en complexiteit van de taken als uitvoeringsorgaan en de persoonlijke inzet van de directeuren een steeds groter aandeel in het beleid.

De problemen bij het management en het bestuur en toonden aan dat deze situatie onhoudbaar was en een herschikking van de bevoegdheden van bestuur en management de oplossing moest bieden. De instelling van de Raad van Bestuur vergrootte de slagvaardigheid van de directie doordat deze nu formeel beleidsverantwoordelijkheid kreeg. De Raad van Toezicht kreeg minder bevoegdheden dan de oude fondsbesturen, want zijn rol werd beperkt tot het toezicht over het gevoerde beleid en de aanstelling van de Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht werd wel door verzekerden en medewerkers gevormd, maar zij werden benoemd op grond van persoonlijke kwaliteiten, niet meer als afgevaardigden van de medische beroepsgroepen, als verzekerdenvertegenwoordigers of als vakbondsleden. De belangen van de verzekerden worden vertegenwoordigd door de Ledenraad, samengesteld uit afgevaardigden uit het werkgebied. De Raad van Toezicht werd in 1994 vervangen door een Raad van Commissarissen.

De periode van de direct door de verzekerden en medewerkers beheerde ziekenfondsverzekering werd hiermee afgesloten. De belangrijkste macht over het beleid en het beheer van de zorgverzekeraar lag nu definitief in handen van de Raad van Bestuur, waarmee een nieuwe stap in het verzakelijgingsproces was gedaan.

ANOVA streefde ernaar te werken in samenhangende zorgregio's. Het oude principe van de regionalisatie, aangehangen door de Unificatiecommissie in de twintiger jaren en beleden in de Structuurnota van 1974 bleef de norm. De kenmerken van het gevoerde marktconcept werden een gedifferentieerd polisaanbod en een hechte samenhang in de regio tussen zorgverleners, instellingen, verzekerden en ANOVA als zorgverzekeraar. De schaalvergroting en de regionale dekking versterkten de positie van de verzekeraar bij de inkoop van zorg. Het werkgebied van ANOVA hoefde daarbij niet beperkt te blijven tot het werkgebied van haar rechtsvoorgangers. Onderhandelingen met het bestuur en het management van het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken, ZAO, hadden in januari 1997 fusie met het Amsterdamse fonds tot gevolg, de volgende stap in het proces van schaalvergroting.

Hiermee zijn de principes van de zorgverzekeraar ANOVA geformuleerd, in overeenstemming met de ontwikkelingen bij de ziekenfondsverzekering sinds de Commissie-Dekker in 1987 haar visie had gepubliceerd. De organisatie trad op als gezondheidszorgverzekeraar, bemiddelde tussen verzekerde en zorgaanbieders en stelde daarbij de continuïteit van de organisatie primair. Dit laatste was noodzakelijk omdat de overheid in haar streven naar de invoering van marktwerking de zorgverzekeraar zelf verantwoordelijk stelde voor de bedrijfsvoering en verliezen op de verplichte verzekering niet meer dekte. ANOVA probeerde bij de regulering van het zorgaanbod actief op te treden door het contracteren van geselecteerde zorgverleners, door het gebruik van eigen instellingen of door deelname in instellingen of ondernemingen.

De partijen waren bij ANOVA niet meer zo nauw met elkaar verbonden als bij de oude fondsen. De Midden-Nederlandse artsen kregen in hun werkgebied te maken met één grote zorgverzekeraar en zijn daardoor de zwakkere partij geworden. De geborgenheid van de verplichte verzekering en de contracteerplicht zijn wettelijk opgeheven en de verzekerden kregen het recht zelf te kiezen voor een zorgverzekeraar, waardoor deze door goede dienstverlening en goede producten de concurrentie met andere verzekeraars moest aangaan. De verzekerden konden weer als in het verleden kiezen voor een verzekeringsinstelling met lagere premies, uitgebreidere verstrekkingen of voor een zorgverzekeraar die aansluit bij hun ideologische en maatschappelijke opvattingen.

Deze soep werd niet zo heet gegeten als zij werd opgediend. ANOVA was vrij om zorgaanbieders te contracteren voorzover zij het voor de zorgvoorziening van de verzekerden noodzakelijk acht. Zij gaf aan alle artsen een overeenkomst, tenzij dit om kwaliteitsredenen niet aanvaardbaar was. De overheid stelde beperkingen aan het verstrekkingenpakket van de verplichte verzekering, waardoor de verzekeraar door aanvullende verzekeringen het verstrekkingenpakket aanvulde. ANOVA kreeg een groeiende verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg voor haar verzekerden, particulier en verplicht. De ziekenfondsen van vroeger en de zorgverzekeraar van nu stonden en staan voor hun sociale verantwoordelijkheid. Een optimale relatie met de zorgaanbieders blijft daarvoor het belangrijkste middel, ook in tijden waarin marktdenken sterker wordt.

De relatie artsen-ziekenfondsen in Midden-Nederland, 1974-1996; een evaluatie

De verhoudingen tussen de artsen en de fondsen in Midden-Nederland werden in de periode 1974-1996 beheerst door verzakelijking, concentratie en regionalisatie. Het concentratieproces hing bij de ziekenfondsen samen met de ontwikkeling van de beleidsvisies op de gezondheidszorg en regiovorming door de overheid en de koepelorganisaties en werd gestimuleerd door ontwikkelingen bij de gezondheidszorg zelf en door de eisen die beleidsmatig, administratief-organisatorisch,

financieel en wettelijk aan de fondsen werden gesteld. De samenvoeging van de ziekenfondsen werd mogelijk gemaakt door de verzakelijking, het verdwijnen van de ideologische verschillen tussen de Utrechtse ziekenfondsen.

De concentratie voltrok zich in twee stappen:

- 1974-1983: de fusie van de Utrechtse en Zeister fondsen tot het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland;

- 1987-1992: de vorming van ANOVA-Verzekeringen door de integratie van het RZMN en het ziekenfonds Amersfoort en Omstreken.

De concentratie van de fondsen tot een organisatie en de opheffing van de contracteerplicht door de overheid verzwakten de positie van de artsen in de relatie met de zorgverzekeraar. Deze verzwakking werd maar gedeeltelijk gecompenseerd door de bestuursverantwoordelijkheid van verzekerden en medewerkers in de Raad van Toezicht van ANOVA en het gevoerde contracteerbeleid. De scheiding tussen de artsen als zorgaanbieders en de zorgverzekeraar in Midden-Nederland sluit aan bij de verandering van de ziekenfondsverzekering tot de zorgverzekering, zoals die sinds 1987 door de overheid en het maatschappelijk middenveld wordt voorgestaan.

3.12 Conclusies

De aard van de relatie artsen-ziekenfondsen op het Midden-Nederlandse niveau, 1940-1996

De relatie tussen de Midden-Nederlandse artsen en de ziekenfondsen bleef na 1945 harmonieus en werd gekenmerkt door een sterker wordende scheiding tussen de ziekenfondsen als organisaties van het maatschappelijk middenveld en de artsen als zorgaanbieders. De beleidsbepalende rol van de artsen in het ziekenfondswezen werd op lokaal en regionaal niveau na de invoering van het Ziekenfondsenbesluit in november 1941 steeds kleiner. De oorzaken hiervan waren:

- de vervanging van het door de NMG sinds 1908 ontwikkelde lokale ziekenfondsbeleid door het landelijk ziekenfondsbestel volgens het Ziekenfondsenbesluit en de Ziekenfondswet en de verandering van de ziekenfondsen van zelfstandige organisaties in uitvoeringsorganen;
- de collectivisatie van de artsen en ziekenfondsen in landelijke koepelorganisaties met als belangrijkste factor de vervanging van de plaatselijk opgestelde medewerkersovereenkomsten door de landelijke overeenkomsten;
- de steeds verdergaande verzwakking van de bestuursinvloed van de artsen door de concentratie en regionalisatie van de ziekenfondsen. De hoeveelheid bestuurszetels, waarover zij beschikten bij VHZ, het Zeister Ziekenfonds en Amersfoort en Omstreken werd bij de fusie tot het RZMN beperkt. Zij moesten vier zetels delen met de andere medewerkersgroepen, maar beschikten nog wel over de voorzittershamer. Hun invloed als beroepsgroep werd bij ANOVA uitgesloten door de vervanging van de oude bestuursstructuur door een Raad van Toezicht/Raad van Bestuurmodel in 1992.
- de verzakelijking van het Utrechtse ziekenfondsbestel, waardoor de ideologische tegenstellingen tussen de artsen met hun VHZ, Ziekenzorg en Liduina verdwenen. Het bestuursmodel van het RZMN sloot aan bij het model van de Maatschappijfondsen. De artsen waren door de fusie van Ziekenzorg met het RZMN van hun oude erfvijand verlost en er bestond voor hen geen reden meer zich als in het verleden door strijd of propaganda te profileren. Tegelijkertijd hadden zij bij het RZMN met de apotheek van Ziekenzorg als eigen instelling het boegbeeld van het Utrechts onderling beheerd ziekenfondswezen geaccepteerd. Dit was symbolisch voor het einde van het dualisme tussen de oude NMG-principes en het onderling beheerd ziekenfondswezen.

De artsen behielden door hun bestuursbetrokkenheid tot de invoering van het Raad van Toezichtmodel in 1992 hun verantwoordelijkheid voor het beheer van de ziekenfondsen als uitvoeringsorganen en voor het beleid, dat de fondsen als organisaties van het maatschappelijk middenveld zelfstandig, in samenwerking met hun koepelorganisaties en in overeenstemming met de landelijke medewerkersovereenkomsten, konden ontwikkelen. Dit beleid betrof de bovenbouwverzekeringen, de vrijwillige verzekering, de aanvullende verzekeringen, het gebruik van eigen instellingen, de samenwerking met andere ziekenfondsen en met personen en instellingen uit de gezondheidszorg en de keuze voor de eigen beheers- en bestuursvorm. De vrijheid die de fondsen bij dit beleid genoten, werd beperkt door de Ziekenfonds- en AWBZ-wetgeving en de richtlijnen van de koepelorganisaties en de Ziekenfondsraad.

De beïnvloedende factoren

De factoren, die op het regionale niveau de relatie artsen-ziekenfondsen in deze periode beïnvloedden waren:

- de groeiende invloed van de landelijke overheid met wet- en regelgeving, beleidsvisies en de instelling van toezichthoudende organen;
- het opleggen of vrijstellen van contracteerplicht aan de ziekenfondsen;
- schaalvergroting, bestaande uit collectivisatie, concentratie en regionalisatie;
- de vrijheid, die de ziekenfondsen hadden voor het ontwikkelen van eigen beleid bij de uitvoering van de verzekering van de gezondheidszorg, bij het gebruik van eigen instellingen en bij de sturing van de gezondheidszorg in de regio;
- de verzakelijking van het Utrechtse ziekenfondsbestel;
- de persoonlijke verhoudingen in de ziekenfondsbesturen, de relaties tussen de ziekenfondsen, de relaties tussen de artsen en de ziekenfondsbesturen en de relaties van de ziekenfondsbesturen met hun koepelorganisaties;
- de belangrijker wordende positie van de directeuren voor de beleidsontwikkeling en taakuitvoering van de organisaties;
- de groei van de ziekenfondsen als uitvoeringsorganen met de verdergaande administratieve professionalisatie en de invoering van mechanisering en automatisering;

- de ontwikkelingen in de regionale gezondheidszorg en de relaties van de fondsen met de zorgverlenende instellingen en beroepsbeoefenaren.

De relatie artsen-ziekenfondsen in Midden-Nederland tot 1996

De relatie kan aan de hand van de concentratie en de regionalisatie worden verdeeld in de volgende periodes:

- 1940-1950: het tijdvak van het mislukte concentratiestreven van Van der Does en de samenvoeging van stad en regio Utrecht door de samenvoeging van het werkgebied van het Centraal Ziekenfonds met Liduina in 1946 en de fusie van de Omstreken van Utrecht en VHZ in 1950. Het Zeister Ziekenfonds vormde nog een enclave. De polarisatie van het ziekenfondsbestel in de stad Utrecht, ontstaan door de crisis in 1933 werd door de politieke druk tijdens de bezetting blijvend hersteld. De verhoudingen tussen Ziekenzorg en de artsen bleef harmonieus, ondanks de ideologische verschillen;
- 1950-1978: de tijd waarin het Zeister Ziekenfonds, Amersfoort en Omstreken en de Utrechtse fondsen drie werkgebieden in Midden-Nederland vormden en de artsen in VHZ, het Zeister Ziekenfonds en Amersfoort en Omstreken met de verzekerden de fondsen gezamenlijk beheerden;
- 1978-1983: de overgangperiode naar de vorming van het RZMN met de fusies van het Zeister Ziekenfonds en VHZ in 1978, van VHZ en Liduina in 1980 en van Ziekenzorg met het RZMN in 1983;
- 1983-1992: het RZMN en Amersfoort en Omstreken bestaan naast elkaar als door verzekerden en medewerkers gezamenlijk beheerde fondsen;
- 1992-1996: de vorming van één regio Midden-Nederland als werkgebied voor ANOVA.

De Midden-Nederlandse relatie artsen-ziekenfondsen ontwikkelde zich volgens de lijnen van het landelijk niveau, maar toonde daarbij eigen kenmerken. De landelijke ontwikkelingen werden daarom pas later door de regionale gebeurtenissen gevolgd. De fusie van de Utrechtse fondsen in 1980 sloot aan bij de ontzuiling en de ideeën uit de Structuurnota Gezondheidszorg van 1974, terwijl de vorming van ANOVA en de principes van deze zorgverzekeraar gebaseerd werden op de ontwikkeling van de zorgverzekering sinds 1987.

De relatie veranderde in de periode 1940-1996 van een symbiotische harmonierelatie, bestaande uit wederzijdse afhankelijkheid, ideologische betrokkenheid, macht en persoonlijke verhoudingen, in een zakelijker harmonierelatie, gedomineerd door tarieven, wetten en richtlijnen. De landelijke overheid zorgde met politieke visies en maatregelen, zoals voorgesteld in de Structuurnota gezondheidszorg en geformuleerd sinds de plannen van de Commissie-Dekker, voor de sturing van dit proces, maar de besturen van de fondsen maakten met hun directeuren de keuzes voor samenwerking en verandering.

Het bestuursmodel van het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland leek het ideale compromis van de door de verzekerden, artsen en andere medewerkersgroepen solidair beheerde ziekenfondsverzekering, gecombineerd met de principes van het onderling beheerde ziekenfondsbestel met vakbondsvertegenwoordiging en eigen instelling. Het RZMN werd echter verlamd door bestuurs- en managementcrises, waardoor deze solidariteit onvoldoende tot uiting kwam. In 1992 kwam aan de oude traditie van deze bestuurssolidariteit een einde door de inrichting van de Raden van Bestuur van Beheer en Toezicht van ANOVA: verzekerden én artsen verloren hun directe invloed op de ziekenfondsverzekering, zoals zij zich deze sinds 1893 bij Hulp bij Ziekte, de Voorzorg, Liduina, Ziekenzorg, de Amersfoortse fondsen en het Zeister Ziekenfonds hadden verworven. Overheidsinvloed, verzakelijking, collectivisatie, concentratie en regionalisatie hadden een einde gemaakt aan 99 jaar in lief en leed gedeelde ziekenfondsverhoudingen.

1. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 57, verslag over 1939.
2. Amersfoort en Omstreken, idem, verslag over 1940.
Idem, inv.no. 7, register, houdende de notulen van de vergaderingen van het Bestuur van 12 juni 1940 tot en met 16 maart 1942, vergadering van 12 juni 1940.
3. Amersfoort en Omstreken, idem, vergadering van 2 april 1941.
4. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 60, verslag over 1941.
Idem, inv.no. 7, vergadering van 16 maart 1942.
5. Amersfoort en Omstreken, idem, vergaderingen over 1941-1942.
Interview, gehouden met J. van de Bunt in mei 1995.
6. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 40, omslag, houdende de jaarverslagen van de Stichting Ziekenhuisverpleging te Amersfoort over de jaren 1941, 1942, 1943 en 1944.
7. Idem.
8. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 60, verslag over 1941.
9. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 61, jaarverslagen van het Algemeen Mij. Ziekenfonds "Amersfoort & Omstreken" over de jaren 1942 tot en met 1946, verslag over 1942.
10. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 6, vergadering van 6 november 1940.
11. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 61, verslag over 1943.
12. Amersfoort en Omstreken, idem, verslag over 1942.
13. Idem, verslag over 1945.
14. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 8, notulen van de vergaderingen van het bestuur van 7 juli 1945 tot en met 28 januari 1947, vergadering van 7 juli 1945.
15. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 347, correspondentie, agenda's en verslagen van bijeenkomsten van vertegenwoordigers van de NVVZA en de Utrechtse Maatschappijfondsen voor de uitwerking van de concentratiegedachte, 1942, kort verslag van de vergadering van de NVVZA met de besturen van de Mij.-Fondsen in en om Utrecht, 19 juni 1942.
16. Amersfoort en Omstreken, idem, brief van het bestuur van het Maatschappijfonds Amersfoort en Omstreken aan de beheerder van de Maatschappijfondsen, 23 juni 1942.
17. Idem, kort verslag van de vergadering van Maatschappijfondsen in en om Utrecht op 24 juni 1942.
18. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 8, vergadering van 16 augustus 1946.
19. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 61, verslag over 1945.
20. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 8, vergadering van 28 januari 1947.
21. Amersfoort en Omstreken, z.i., verslag van het Algemeen Maatschappij Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken over 1947.
22. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 283, convocaten, agenda's en stukken voor de vergaderingen van de leden van het bestuur en van de verzekerden van het Alg. Mij. Ziekenfonds "Amersfoort en Omstreken" van 7 juli 1947 tot en met 1 januari 1950, notulen van de vergadering van deelnemers van 15 juli 1948.
23. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 36, convocaten, agenda's en notulen van de vergaderingen van het Algemeen Bestuur van 14 april 1947 tot en met 18 december 1951, notulen van de vergadering van 24 november 1950.
24. Amersfoort en Omstreken, idem, notulen van de vergadering van 4 december 1947.
25. Idem, notulen van de vergadering van 16 maart 1948.
26. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 62, jaarverslagen van het Algemeen Mij. Ziekenfonds "Amersfoort & Omstreken" over de jaren 1948 tot en met 1950, verslag over 1948.
27. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 323, notulen van de vergaderingen van vertegenwoordigers en plaatsvervangende vertegenwoordigers van het Algemeen Mij. Ziekenfonds "Amersfoort en Omstreken" van 10 december 1947 tot en met 13 december 1961, notulen van de vergadering van 10 december 1947.
28. Jaarverslag van het Algemeen Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken over 1953.
29. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 62 en losse exemplaren, verslagen van het Algemeen Maatschappij Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken over 1948-1951.
30. Idem, verslag over 1950.
31. Verslag van het Algemeen Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken over 1958.
32. Verslagen van het Algemeen Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken over 1954-1956.
Amersfoort en Omstreken, inv.no. 292, convocaten, agenda's en notulen van de vergaderingen van het Algemeen Bestuur van 11 juni 1951 tot en met 27 maart 1957, vergadering van 7 februari 1956.

-
33. De ziekenhuizen in de regio waren in 1954 De Lichtenberg Ziekenhuis en het St.-Elisabeth Gast- of Ziekenhuis in Amersfoort, Ziekenhuis Salem in Ermelo en het Plus Gesticht in Harderwijk.
 34. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 292, notulen van de vergadering van 7 juli 1955.
 35. Amersfoort en Omstreken, idem, vergadering van 29 november 1955.
 36. Verslag van het Algemeen Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken over 1955.
 37. VHZ, z.i., brief van A.A. Snooy aan de besturen van de ziekenfondsen, deelnemend aan de Verrekenkas, 19 november 1958.
 38. Verslag van het Algemeen Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken over 1965.
 39. Dit centrum was een zelfstandige instelling, maar via het bestuur met het ziekenfonds verbonden.
 40. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 367, Dr. J. Hartog: 'Artsen hadden geen keus. Ziekenfonds wacht af.', *Amersfoortse Courant*, 2 (1967).
 41. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 367, tijdelijke overeenkomsten A&O - huisarts.
 - ⁴². O. van Noort, *Het honorariumconflict van 1966-1967*, 77.
 43. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 341, notulen van de vergaderingen van het bestuur van het Algemeen Ziekenfonds "Amersfoort en Omstreken" uit de periode van 25 januari 1961 tot en met 17 december 1963, vergadering van 11 oktober 1963.
 44. Jaarverslag van het Algemeen Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken over 1971.
 45. Jaarverslag van het Algemeen Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken over 1974.
 46. G.J.M. Bos, *A&O in de 90-er jaren. een historische terugblik en toekomstfilosofie* (Amersfoort 1989) 1-2.
 47. Jaarverslag van het ziekenfonds Amersfoort en Omstreken over 1988.
 48. G.J.M. Bos, *A&O in de 90-er jaren*, 5-9.
 49. G.J.M. Bos, idem, 9.
 50. Idem, 19.
 - ⁵¹. VHZ, inv.no. 5, overzichten van de klinische en poliklinische hulp van de Omstreken van Utrecht, 1933-1944.
 - ⁵². VHZ, Balans, Verlies- & Winstrekening en Administratief Overzicht over het boekjaar 1942 van het Algemeen Maatschappij Ziekenfonds "De Omstreken van Utrecht".
 - ⁵³. VHZ, z.i., register met notulen van de vergaderingen van het bestuur van de Omstreken van Utrecht, 1939-1946, vergadering van 12 mei 1942.
 - ⁵⁴. VHZ, Balans, Verlies- & Winstrekening en Administratief Overzicht over het boekjaar 1942 van het Algemeen Maatschappij Ziekenfonds "De Omstreken van Utrecht". 1942.
 - VHZ, inv.no. 2, vergadering van 14 juni 1941.
 - ⁵⁵. VHZ, register met notulen van de vergaderingen van het bestuur van de Omstreken van Utrecht, 1939-1946, vergadering van 1 juni 1944.
 - ⁵⁶. VHZ, idem, vergadering van 24 januari 1946.
 - ⁵⁷. VHZ, register met notulen van de bestuursvergaderingen van De Omstreken van Utrecht, 1946-1950, vergadering van 23 september 1947.
 - ⁵⁸. VHZ, idem, verslag van de bespreking van de medische bestuursleden met het bestuur van de Utrechtse Specialisten Vereeniging op 26 april 1946.
 - ⁵⁹. VHZ, inv.no. 5, overzicht van de specialistische hulp bij VHZ en de Omstreken van Utrecht, 1933-1944.
 - ⁶⁰. VHZ, register met notulen van de vergaderingen van het bestuur van de Omstreken van Utrecht, 1939-1946, vergadering van het bestuur van VHZ met het bestuur van de Utrechtse Specialistenvereniging, december 1946.
 - ⁶¹. VHZ, z.i., register met notulen van de bestuursvergaderingen van De Omstreken van Utrecht, 1946-1950, vergadering van 11 februari 1948.
 - ⁶². VHZ, idem.
 - ⁶³. Idem, vergadering van 21 maart 1950.
 - ⁶⁴. Idem, notulen van de gecombineerde vergadering van de dagelijks besturen van de OvU en VHZ, 31 mei 1950.
 - ⁶⁵. VHZ, register met notulen van de vergadering van de deelnemers van de Omstreken van Utrecht, 1935-1950, notulen van de gecombineerde deelnemersvergadering van VHZ en de OvU, 19 juni 1950.
 - ⁶⁶. VHZ, inv.no. 5, vergadering van 31 mei 1950.
 67. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 7, register met notulen van Bestuurs-, Algemene en Buitengewone Vergaderingen over de periode van 31 juli 1939 tot en met 21 maart 1949 en jaarverslagen van 1939, 1940 en 1941, jaarverslag over 1939.
 68. Zeister Ziekenfonds, idem, bestuursvergadering van 23 april 1941.
 69. Idem, bestuursvergadering van 16 oktober 1941.

-
70. Idem, bestuursvergadering van 27 oktober 1941.
 71. Idem, bestuursvergadering van 27 november 1941.
 72. Idem, bestuursvergadering van 24 februari 1942.
 73. Idem, jaarverslag over 1941.
 74. Idem.
 75. Idem, bestuursvergadering van 16 juli 1946.
 76. Idem, bestuursvergadering van 16 juni 1946.
 77. Idem, bestuursvergadering van 18 september 1946.
 78. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 8, notulenboek van het Zeister Ziekenfonds van mei 1949 tot en met december 1952, bijzondere bestuursvergadering van 20 juni 1952.
 79. Zeister Ziekenfonds, idem, bestuursvergadering van 29 september 1949.
 80. Idem.
 81. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 7, vergadering van 28 december 1948.
 82. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 8, bestuursvergadering van 13 juni 1950.
 83. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 75, correspondentie, gevoerd in 1978 tussen het Zeister Ziekenfonds (in liquidatie), het Algemeen Ziekenfonds 'Amersfoort en Omstreken' en de VNZ over de gevolgen van de fusie tussen VHZ en het Zeister Ziekenfonds voor de werkgebieden van 'Amersfoort en Omstreken' en VHZ. Idem, inv.no. 64, correspondentie, gevoerd tussen de besturen van het Algemeen Ziekenfonds 'Het Zeister Ziekenfonds' en het Algemeen Provinciaal Ziekenfonds voor Utrecht en Omstreken 'Voorzorg en Hulp bij Ziekte' (VHZ) om naar aanleiding van een door de Ziekenfondsraad verstuurd circulaire te spreken over samengaan. Met verslag van de hierover gevoerde bespreking van 8 november 1976.
 84. VHZ, inv.no. 471, correspondentie betreffende de fusie VHZ-Zeister Ziekenfonds, toelichting, z.d.
 85. Amersfoort en Omstreken, jaarverslag over 1971.
 86. Zeister Ziekenfonds, inv.no. 63, Knelpuntennota uit 1976 betreffende de fusie van het Algemeen Provinciaal Ziekenfonds voor Utrecht en Omstreken 'V.H.Z.' met het Algemeen Ziekenfonds 'Het Zeister Ziekenfonds'.
 - ⁸⁷. CvT, inv.no. 13, jaarverslag over 1940.
 - ⁸⁸. VHZ, inv.no. 482, register met notulen van de bestuursvergaderingen van 1 februari 1939 tot en met 8 december 1941, vergadering van 10 juli 1941.
 - ⁸⁹. VHZ, idem, vergadering van 28 oktober 1940.
 - ⁹⁰. Idem, vergadering van 27 januari 1941.
 - ⁹¹. VHZ, inv.no. 1029, stukken betreffende de Club van Dertien, 1940-1945.
 - ⁹². VHZ, inv.no. 939, correspondentie en modellen voor de inrichting van het couponstelsel, 1941.
 - ⁹³. Verslag van de Commissaris over het tijdvak 1 nov. 1941 - 31 dec. 1942, 25-26.
 - ⁹⁴. VHZ, inv.no. 482, vergadering van 13 oktober 1941.
 - ⁹⁵. CvT, inv.no. 8, stukken betreffende de invoering van het Ziekenfondsenbesluit, 1940-1942, brief aan de Commissaris van het Staatstoezicht over de Utrechtse overeenkomsten, 17 oktober 1941.
 - ⁹⁶. CvT, inv.no. 24, notulen van het Dagelijks Bestuur van de CvT, 1941-1946, vergaderingen van 24 november en 8 december 1941.
 - ⁹⁷. CvT, inv.no. 24, vergadering van 30 april 1942.
 - ⁹⁸. De tarieven per behandeling waren voor hoogtezon 25 cent, diathermie 50 cent, korte golf 75 cent, infrarood 25, lichtboog (geen koolspitsen) 25 cent, Sollux 25 cent, hete lucht 25 cent per zitting en behandeling met galvanische-, faradische en *haute frequente* stromen 50 cent per zitting. Finsen en radiumbehandelingen werden uitsluitend op aanvraag verstrekt. CvT, inv.no. 24, vergadering van 21 april 1942.
 - ⁹⁹. CvT, idem, vergadering van 30 april 1942.
 - ¹⁰⁰. VHZ, inv.no. 525, correspondentie en vergaderverslagen van de CvT betreffende het Ziekenfondsenbesluit, brief van de administrateur van de CvT aan het Staatstoezicht, 8 juli 1942.
 - ¹⁰¹. K.P. Comanje, *Ziekenzorg*, 57-58.
 - ¹⁰². Liduina, inv.no. 64, jaarverslagen over 1932-1956, jaarverslag over 1943.
 - ¹⁰³. VHZ, inv.no. 483, register met notulen van de bestuursvergaderingen van 13 februari 1942 tot en met 26 juni 1945, vergadering van 20 april 1941.
 - ¹⁰⁴. VHZ, idem, vergadering van 8 juni 1942.
 - ¹⁰⁵. Idem, vergadering van 23 oktober 1942.
 - ¹⁰⁶. Idem, vergadering van 13 maart 1944.
 - ¹⁰⁷. VHZ, inv.no. 482, vergadering van 20 november 1941.
 - ¹⁰⁸. VHZ, idem, vergadering van 22 juni 1942.

-
- ¹⁰⁹. VHZ, inv.no. 483, vergadering van 23 november 1942.
- ¹¹⁰. CvT, inv.no. 24, vergadering van 31 maart 1934.
- ¹¹¹. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 58.
- ¹¹². CvT, inv.no. 24, vergadering van 31 maart 1943.
- ¹¹³. CvT, idem, vergadering van 20 april 1943.
- CvT, inv.no. 34, vergadering betreffende de concentratie van Utrechtse ziekenfondsen, 12 mei 1934.
- ¹¹⁴. CvT, idem, vergadering met de Commissaris, belast met het Staatstoezicht op de Ziekenfondsen, 6 april 1943.
- ¹¹⁵. Idem, vergadering van de CvT met het dagelijks bestuur van Ziekenzorg, 20 april 1943.
- ¹¹⁶. *Ziekenzorg*, inv.no. 77, jaarverslag over 1943.
- ¹¹⁷. CvT, inv.no. 25, verslag van de bespreking van de CvT met de huisartsen van Ziekenzorg, 28 juni 1943.
- ¹¹⁸. CvT, idem, vergadering van het DB van Ziekenzorg met de CvT, 16 juli 1943.
- ¹¹⁹. VHZ, inv.no. 483, vergadering van 14 november 1944.
- ¹²⁰. VHZ, inv.no. 1082, aantekeningen over de oorlogsjaren, 1940-1945.
- ¹²¹. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 65.
- ¹²². VHZ, inv.no. 483, vergadering van 31 mei 1945.
- ¹²³. CvT, idem, vergadering van 26 juni 1945.
- ¹²⁴. Idem, vergadering van 31 mei 1945.
- ¹²⁵. VHZ, inv.no. 1007, bespreking van De Vos, Snooy en Goldschmidt over unificatie en administratieve organisatie bij de Federatie V.M.Z., 29 september 1949.
- ¹²⁶. VHZ, inv.no. 483, vergadering van 26 juni 1945.
- ¹²⁷. CvT, inv.no. 24, vergadering van het DB van de CvT van 17 oktober 1945.
- ¹²⁸. VHZ, inv.no. 483, vergadering van 1 juni 1944.
- ¹²⁹. VHZ, inv.no. 484, register met notulen van de bestuursvergadering van 1 oktober 1945 tot en met 24 april 1951, vergadering van 26 februari 1946.
- Verslag van de Commissaris over 1944 en 1945, 57-58.
- ¹³⁰. CvT, z.i., notulen van het algemeen bestuur, het dagelijks bestuur en de subcommissies van de Commissie van Toezicht, vergadering van de Commissie voor bestraling van 7 maart 1950.
- ¹³¹. CvT, circulaire van de Commissie van Toezicht aan de huisartsen en specialisten over nieuwe richtlijnen voor geneesmiddelenvoorschriften, 29 april 1952.
- ¹³². *Leidraad voor het werk in de commissies van toezicht* (Utrecht z.j.) 5.
- ¹³³. CvT, z.i., notulen van het algemeen bestuur, het dagelijks bestuur en de subcommissies van de Commissie van Toezicht, bespreking van de rondgezonden richtlijnen voor nieuw in te stellen Commissies van Toezicht, 22 juli 1952.
- ¹³⁴. CvT, idem, vergadering van 19 september 1952.
- ¹³⁵. CvT, inv.no. 35, notulen van de vergaderingen van de CvT en de RCvT, 1956-1960, vergadering van de CvT, 21 december 1956.
- ¹³⁶. CvT, inv.no. 34, verslagen en correspondentie betreffende de omzetting van de CvT in een regionale commissie, brief van de Centrale Commissie van Toezicht aan de Utrechtse CvT, 7 september 1954.
- ¹³⁷. Reglement van de Regionale Commissie van Toezicht voor het Ziekenfondswezen te Utrecht, 1957.
- ¹³⁸. CvT, inv.no. 37, stukken betreffende de oprichting van de Stichting Samenwerkende Ziekenfondsen Utrecht, 1946-1957.
- ¹³⁹. CvT, idem, oprichtingsacte van de SSZU, 22 oktober 1957.
- ¹⁴⁰. Idem, overeenkomst, gesloten tussen VHZ, Liduina en Ziekenzorg voor de uitvoering van de werkzaamheden van de SSZU, 1957.
- ¹⁴¹. VHZ, inv.no. 484, vergadering van 18 december 1948.
- ¹⁴². L. Hoogenboom en H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondswezen* (Wassenaar 1948).
- ¹⁴³. VHZ, inv.no. 484, vergadering van 2 januari 1947.
- ¹⁴⁴. VHZ, idem, vergadering van 22 januari 1947.
- ¹⁴⁵. Idem, vergaderingen van 31 mei en 12 juni 1950.
- ¹⁴⁶. Idem, vergadering van 17 juli 1950.
- ¹⁴⁷. Idem, vergadering van 24 april 1954.
- ¹⁴⁸. VHZ, inv.no. 535, buitengewone Algemene Vergadering van 17 december 1952.
- ¹⁴⁹. VHZ, inv.no. 550, correspondentie betreffende de opheffing van het Rotterdamsch Ziekenfonds, 1957.
- Het Nederlandsch Algemeen Ziekenfonds trok zich in 1956 ook uit Utrecht terug: VHZ, inv.no. 540, Algemene Ledenvergadering van 11 november 1957.

-
- ^{150.} VHZ, Accountantsverklaring, balans winst- en verliesrekening, alsmede administratief overzicht over het boekjaar 1978.
- ^{151.} Liduina, z.i., nota's, brochures en artikelen betreffende het katholieke ziekenfondsvraagstuk, 1949-1956. *Enkele notities in verband met het vraagstuk "Katholieke" Ziekenfondsen*, 1956.
- ^{152.} Liduina, idem, 'Het bestaansrecht van de katholieke ziekenfondsen', afschrift uit *De Tijd* van 19 december 1956.
- ^{153.} Idem, *Betreffende de katholieke ziekenfondsen*, 1 juni 1951.
- ^{154.} Liduina, jaarverslag over 1960.
- ^{155.} Liduina, jaarverslag over 1961.
- ^{156.} Liduina, z.i., stukken betreffende de kwestie N.O.P., 1961-1974, notitie *De positie van St. -Liduina met betrekking tot het werkgebied*, april 1973.
- ^{157.} Liduina, idem, verslag van de bespreking tussen de Unie, Liduina en het AZIJ, 10 oktober 1973.
- ^{158.} Idem, brief aan de Algemeen Secretaris van de Ziekenfondsraad, 4 maart 1974.
- ^{159.} 'Toelating als ziekenfonds. Stichting Ziekenfonds St. Liduina, te Utrecht', *Nederlandse Staatscourant* 213 (1974) 3.
- ^{160.} Liduina, Statuten van het Katholiek Ziekenfonds Liduina te Utrecht, z.j., art. 15-28.
- ^{161.} Liduina, jaarverslag over 1959.
- ^{162.} Ziekenzorg, inv.no. 77, omslag, houdende de jaarverslagen van het Algemeen Ziekenfonds 'Ziekenzorg' over de periode vanaf 1969 tot en met 1973.
- ^{163.} Liduina, jaarverslagen over 1968-1977.
- ^{164.} K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 69-69.
- ^{165.} Liduina, jaarverslagen over 1953, 1954, 1955.
- ^{166.} Liduina, jaarverslag over 1965.
- ^{167.} K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 86-87.
- ^{168.} VHZ, inv.no. 536, vergaderingen van 1952 tot en met 1956.
- ^{169.} N. Pruijssers en J.W.J. Siebers, *Ziekenfondswet*, 151-152.
- ^{170.} Herverzekerd bij de NSV.
- ^{171.} K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 72-73.
- ^{172.} Ziekenzorg, jaarverslag over 1968.
- ^{173.} Herverzekerd bij het Onderling Herverzekeringsfonds voor Sanatoriumverpleging van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen.
- ^{174.} *30 jaar Diocesane Instelling. Katholiek Ziekenfonds St. Liduina* (Utrecht 1961) 9. Liduina, jaarverslagen 1953-1964.
- ^{175.} VHZ, inv.no. 251, stukken betreffende de oprichting van de Stichting Lourdesbedevaarten, 1955.
- ^{176.} VHZ, jaarverslag over 1964.
- ^{177.} N. Pruijssers en J.W.J. Siebers, *Ziekenfondswet*, 163-165.
- ^{178.} VHZ, inv.no. 482, vergadering van 13 oktober 1941.
- ^{179.} VHZ, Balans, Winst- en Verliesrekening en administratief overzicht over het boekjaar 1948.
- ^{180.} VHZ, inv.no. 540, notulen van diverse bestuursvergaderingen, vergaderingen van 8 november 1954 e.v. Liduina, jaarverslagen vanaf 1954.
- ^{181.} Jaarverslagen van Liduina, Ziekenzorg en VHZ, 1952-1978.
- ^{182.} RZMN, dossier betreffende de opheffing van de tandheelkundige centra.
- ^{183.} K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 86.
- ^{184.} K.P. Companje, idem, 102-103.
- ^{185.} Idem, 113-114.
- ^{186.} Idem, 123-124.
- ^{187.} Idem, 123.
- ^{188.} Idem, 128-129.
- ^{189.} Idem, 81-85.
- ^{190.} VHZ, jaarverslag over 1974.
- ^{191.} VHZ, Accountantsverklaring, Balans, Winst- en Verliesrekening alsmede Administratief Overzicht over het boekjaar 1974, 1.
- ^{192.} VHZ, inv.no. 539, notulen van de raad van vertegenwoordigers van verzekerdenleden, 1956-1977, vergadering van 3 november 1977.
- ^{193.} Liduina, inv.no.141, notulen van de vergaderingen van het algemeen bestuur, 1972-1908, vergadering van 22 december 1973.

RZMN, z.i., brief van de Stichting Ziekenfonds St.-Liduina aan de besturen van VHZ en Ziekenzorg, 25 maart 1976.

¹⁹⁴ K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 110.

Liduina, inv.no. 141, vergadering van 12 juni 1974.

¹⁹⁵ RZMN, fusie VHZ-Liduina-Ziekenzorg, intentieverklaring voor de oprichting van het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland, 19 december 1977.

¹⁹⁶ RZMN, idem, notulen van de bespreking van de fusiedelegaties, 21 februari 1979.

¹⁹⁷ K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 114-116.

¹⁹⁸ Liduina, inv.no. 114, vergadering van 23 augustus 1979.

¹⁹⁹ RZMN, fusie VHZ-Liduina-Ziekenzorg, verslag van de bespreking van VNZ met de Utrechtse ziekenfondsen, 22 augustus 1979.

²⁰⁰ RZMN, jaarverslag over 1981.

²⁰¹ K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 119-120.

²⁰² RZMN, jaarverslag over 1983.

²⁰³ Idem, jaarverslag over 1986, 5.

²⁰⁴ De bronnen voor deze stelling zijn afkomstig uit het RZMN-archief. Dit archief is niet openbaar.

²⁰⁵ RZMN, jaarverslagen 1988 e.v.

²⁰⁶ Idem, jaarverslagen over 1984-1986.

²⁰⁷ Jaarverslag over 1987.

²⁰⁸ Jaarverslag over 1989.

²⁰⁹ Jaarverslag over 1982.

²¹⁰ Jaarverslagen over 1984-1985.

²¹¹ Jaarverslag over 1985.

²¹² Jaarverslag over 1987

²¹³ Jaarverslagen over 1989-1991.

²¹⁴ Intentieverklaring tot samenwerking van de besturen en directies van de OWM Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken U.A. te Amersfoort en de Stichting Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland en verwante colleges, 20 december 1988.

²¹⁵ Nota *Hoofddlijnen bedrijfsstrategie A&O-RZMN*, 1992.

²¹⁶ RZMN/A&O, jaarverslag over 1992.

Conclusies

4.1 Overeenkomsten en verschillen tussen het landelijk en het regionaal niveau; beleidsvorming en beleidsuitvoering

Deel I: De partijen worden gevormd

De overeenkomsten en verschillen tussen het landelijk en regionaal niveau werden tot 1908 gevormd door de formulering van het beleid ten aanzien van de ziekenfondsen, de uitvoering in de dagelijkse praktijk, de motivatie van de betrokkenen en de aard van de relatie.

Op het landelijk niveau was er sprake van een wankel evenwicht in de relatie artsen-ziekenfondsen (hoofdstuk 1.5). De ziekenfondsen waren nog niet verenigd in koepelorganisaties. De overheid en de NMG kwamen in 1901 en 1904 voor de eerste maal met wetsvoorstellen voor en beleidsuitspraken over de ziekenfondsverzekering. De NMG formuleerde in 1908 naar aanleiding van het *Rapport omtrent den toestand der Ziekenfondsen in Nederland*, het rapport-Schreve, haar beleid voor de komende decennia: fondsbesturen, samengesteld uit medewerkers- en verzekerdenvertegenwoordigers, welstandsgrenzen, vrije artsenkeuze, honorarium per abonnement voor de huisarts en per verrichting voor de specialist. De overheid mocht alleen richtlijnen opstellen en moest toezicht houden op de ziekenfondsen, die als lokale organisaties onder leiding van plaatselijke deskundigen zelf hun zaken konden regelen. De artsen spraken zich hierbij alleen uit voor hun eigen organisatie, zij werkten niet samen met de NMP.

De uitvoering van de ziekenfondsverzekering speelde zich inderdaad op lokaal niveau af. Het ziekenfondsbestel in de regio Midden-Nederland had na 1893 eigen kenmerken ontwikkeld (hoofdstuk 1.12).

De kwaliteit van de Utrechtse commerciële fondsen was niet zo slecht als het beeld dat de NMG van deze fondsen in het algemeen had. De relatie tussen de artsen en de ziekenfondsen was harmonieus en werd gedomineerd door de huisartsen. Zij stelden zich pragmatisch op en werkten met de apothekers samen, formeel en informeel. Artsen en apothekers hadden in Zeist, Utrecht en Amersfoort met hun fondsen het grootste marktaandeel. Het bestel werd na 1905 door deze formele en commerciële samenwerking van artsen en apothekers gedomineerd, waardoor de onderling beheerde arbeidersziekenfondsen Ziekenzorg en Liduina zich moesten aanpassen aan de door de artsen van de Utrechtse NMG-afdeling gestelde erkenningseisen. Ondanks het overwicht van de medewerkers bleef uniformiteit in beheer, verstrekkingen en honoraria bij de fondsen in de regio ver te zoeken.

De partijen, landelijk en regionaal, waren in 1908 gevormd. De NMG had met de acceptatie van het rapport-Schreve de landelijke beleidslijnen voor de komende jaren geformuleerd. De huisartsen en specialisten begonnen zich als belangengroepen te profileren, het begin van hun beroepsemancipatie.

Op het regionaal niveau had de afdeling Utrecht van de NMG in 1908 haar erkenningslijst voldoende ontwikkeld als middel om plaatselijke ziekenfondskwesties af te handelen. Lokaal en regionaal werkten de artsen en apothekers samen om hun belangen bij de ziekenfondsverzekering te behartigen. De strijd om het ziekenfondswezen stond te beginnen op het landelijk niveau, op het regionaal niveau hadden de artsen en apothekers voldoende regelingen getroffen om de rust in het Utrechtse ziekenfondsbestel tot de eerste ziekenfondsovereenkomst in 1916 te garanderen.

Deel II: De partijen; overleg en polarisatie

De overeenkomsten en verschillen tussen het landelijk en regionaal niveau betroffen in de periode 1908-1940 de fasering in de relatie artsen-ziekenfondsen, de polarisatie, de rol van de verzuiling, de betrokken personen, de emancipatie van de beroepsgroepen en de manier waarop op het Midden-Nederlandse niveau het ziekenfondswezen tot bloei kwam, terwijl pogingen tot de inrichting van een landelijk functionerend bestel faalden.

De relatie bestond op het landelijk niveau uit vier fasen, afhankelijk van het harmonische of conflictkarakter van de verhoudingen. De verhoudingen tussen de artsen en de fondsen waren in Midden-Nederland overwegend harmonisch, met uitzondering van de relatie tussen het Utrechtse Ziekenzorg en de NMG-artsen in de periode 1933-1940. De fasering op het regionale vlak verschilde van het landelijk niveau, doordat de processen van beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering op ieder niveau hun eigen dynamiek hadden (hoofdstukken 2.7 en 2.15).

De verzuiling had op het landelijk niveau veel grotere betekenis door haar invloed op de ontwikkeling van de sociale wetgeving en de band met de katholieke kerk, de vakbond en de ziekenfondsen. De katholieke ziekenfondsen Liduina en het Centraal Diocesaan Ziekenfonds waren in Midden-Nederland de belangrijkste aspecten van de verzuiling.

De relaties tussen de ziekenfondsprominenten en artsen uit Midden-Nederland en de coryfeeën van het landelijk niveau waren sterk en hadden grote invloed op de landelijke ontwikkelingen en regionale ontwikkelingen. De scheiding tussen de beroepsgroepen bij de artsen tussen huisartsen en specialisten werd daardoor gestimuleerd. Deze ontwikkeling hing af van de kracht waarmee deze groepen zich onder invloed van de landelijke ontwikkelingen plaatselijk of regionaal konden manifesteren.

Het belangrijkste verschil tussen het regionaal en landelijk niveau in de relatie artsen-ziekenfondsen was de manier waarop op het Midden-Nederlandse niveau het ziekenfondswezen tot bloei kwam en op het landelijk niveau niet. De overheid, de NMG, de NMP, de ziekenfondsorganisaties en de vakbonden waren noch door overleg, noch door middel van wetgeving in staat om over een door alle partijen geaccepteerd bestel tot overeenstemming te komen. De ideologische verschillen tussen de vakbonden, de Landelijke Federatie van de onderling beheerde ziekenfondsen en de NMP waren bijna onoverbrugbaar in tijden van harmonische relaties in de periode 1922-1929, de vreedzame periode van de Unificatiecommissie en veroorzaakten grote conflicten in de jaren 1912-1922 en 1929-1940, de tijden van polarisatie. Het labiele evenwicht in de machtsverhoudingen tussen de ziekenfondsen en de artsen maakte het de overheid onmogelijk ziekenfondswetgeving te realiseren.

Op het regionaal niveau wisten de ziekenfondsen en de artsen een levensvatbaar bestel te ontwikkelen. Zij gebruikten daartoe de door de NMG sinds 1908 ontwikkelde richtlijnen, te weten: bindende besluiten en principes over de samenstelling van de ziekenfondsbesturen met invloed van de verzekerden, vrije medewerkerskeuze, de keuze voor honorariumsystemen, de instelling van controle- en adviesorganen en plaatselijke welstandsgrenzen en pasten deze voor eigen gebruik aan. Het Midden-Nederlandse bestel rustte in 1940 op drie pijlers: het door de NMG en de NMP voorgestelde en plaatselijk verder ontwikkelde stelsel van collectieve overeenkomsten in Utrecht, drie door medewerkers en verzekerden beheerde fondsen, waarvan twee regionaal werkende Maatschappijfondsen en een onderling beheerd Utrechts ziekenfonds met een volledig pakket eigen instellingen. Het stelsel bestond uit de vrijwillige ziekenfondsverzekering voor huisartsen- en poliklinische zorg, tandheelkundige zorg, geneesmiddelen, kunst- en hulpmiddelen en kleinere verstrekkingen en aanvullende verzekeringen voor ziekenhuisverpleging, klinische specialistische hulp en kruishulp. Dit systeem werd gefinancierd door nominale weekpremies, was voor de verzekerden betaalbaar, garandeerde hen een goede gezondheidszorg, verschafte de medewerkers redelijke honoraria en bleef voortdurend in ontwikkeling.

Deel III: De partijen; schaalvergroting en verzakelijking

De overeenkomsten en verschillen tussen het landelijk niveau en het Midden-Nederlandse niveau betroffen in de periode 1940-1996 de fasering in de relatie, de invloed van maatschappelijke en economische ontwikkelingen, de invloed van de landelijke overheid en de vrijheid waarmee de artsen en de fondsen hun relatie konden onderhouden, de collectivisatie in koepelorganisaties en door landelijke overeenkomsten, de verzuiling en ontzuiling, de betrokken personen en hun relaties en de uitwerking van de verzakelijking met de concentratie en de regionalisatie (hoofdstukken 3.6 en 3.12).

De fasering in de relatie kan op het landelijk niveau worden verdeeld in vier fasen, afhankelijk van de vrijheid, die de overheid de artsen en de fondsen als spelers op het maatschappelijk middenveld liet. De ontwikkeling van de relatie artsen-fondsen in Midden-Nederland bestaat uit vijf stadia, gekoppeld aan de eenwording van het gebied als regio voor de verzekering van de gezondheidszorg. De maatschappelijke en economische ontwikkelingen hadden meer invloed op de ontwikkelingen van het landelijk ziekenfondsbestel en de relatie met de artsen dan op de regionale verhoudingen. De regeling van de verplichte verzekering, het overheidsbeleid, het beleid van de LSV, LHV en van de ziekenfondskoepels en de ontwikkeling en uitwerking van de landelijke overeenkomsten werden mede gestuurd door maatschappelijke en economische ontwikkelingen. De artsen en de ziekenfondsen moesten zich op het regionaal niveau bij de ontwikkeling van hun eigen beleid voor verzekering, samenwerking en sturing van de gezondheidszorg houden aan de voorschriften van de overheid, hun koepelorganisaties en de bepalingen uit de landelijke overeenkomsten. De invloed van de trends van maatschappij en economie werd daardoor op het regionaal niveau beperkt tot

effecten op de bovenbouwverzekering en de vrijwillige verzekering, waar de fondsen zelf de premies voor vaststelden.

De overheid en de koepelorganisaties van artsen en ziekenfondsen formuleerden visies over de verzekering, de financiering, het beleid en de ontwikkeling van de gezondheidszorg als de Structuurnota en de nota's tijdens en na de periode-Dekker. Deze werden door de artsen en de fondsen in Midden-Nederland bij de concentratie, de regiovorming en voor hun eigen beleid bij verzekering en gezondheidszorg nagevolgd, maar in hun eigen tempo en aangepast aan de regionale omstandigheden.

De verantwoordelijkheid voor het beleid ten behoeve van de ziekenfondsverzekering verschoof door wetgeving en collectivisatie in koepelorganisaties en de landelijke overeenkomsten sinds 1941 van het lokale en regionale vlak naar het landelijk niveau. De uitvoering van de verzekering bleef in handen van de lokaal en regionaal werkende ziekenfondsen, waar de artsen door hun zetels in de besturen tot 1992 hun invloed op het beheer van de fondsen bleven behouden. De artsen en de fondsen behielden een beperkte vrijheid bij het beleid ten aanzien van de vrijwillige verzekering, de aanvullende verzekeringen, het gebruik van eigen instellingen, de bestuurlijke inrichting van de fondsen, de manier waarop zij hun samenwerking inrichtten, in hun keuzes voor concentratie en regionalisatie en in de uitwerking van deze keuzes.

De verzuiling en ontzuiling volgde in Utrecht de landelijke trend. De banden tussen de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en Liduina waren nauw, maar de Bond fuseerde onder invloed van de ontzuiling al in 1971 met de CBOZ. Liduina ging pas in 1980 samen met VHZ. Deze vertraging werd veroorzaakt door plaatselijke factoren.

De verwevenheid van de relaties tussen de Midden-Nederlandse ziekenfondsprominenten als Wefers Bettink, Snooy, Van de Bunt, Van de Zande en landelijke vooraanstaanden als Van Lienden, Anbeek, Hendriks en Van der Reijden was ook in deze periode groot. De koepelorganisaties Federatie V.M.Z., de Bond van R.K.-Ziekenfondsen, de CBOZ en later de Unie en de VNZ werkten als scharnier tussen het landelijk en regionaal niveau.

Verzakelijking en schaalvergroting waren kenmerkend voor de ontwikkeling van de relatie artsen-fondsen op beide niveaus. Schaalvergroting betekende voor het landelijk niveau collectivisatie en voor het Midden-Nederlandse niveau concentratie en regionalisatie. Verzakelijking maakte dat op regionaal en landelijk niveau de artsen hun bestuurlijke verantwoordelijkheid voor het ziekenfondsbestel opgaven, met als gevolg dat de scheiding tussen de artsen als zorgaanbieders en de fondsen als verzekeraars duidelijker werd. Deze ontwikkeling werd op het landelijk niveau in 1952 door de KNMG bevestigd met de verzelfstandiging van de Maatschappijfondsen met hun koepelorganisatie Federatie V.M.Z.

Op het regionale niveau gebeurde dit in 1992. Bij de laatste concentratie van de Utrechtse en Amersfoortse fondsen tot ANOVA werd de oude bestuursstructuur van de ziekenfondsen, het directie/bestuursmodel, vervangen door de Raden van Toezicht en Beheer. De macht over het beleid en het beheer van de zorgverzekeraar ANOVA lag sindsdien niet meer direct in handen van de verzekerden, de artsen en de andere, bij de gezondheidszorg betrokken beroepsgroepen, maar bij de directie als Raad van Bestuur. Dit proces voltrok zich in navolging van de verandering van de ziekenfondsverzekering tot zorgverzekering, zoals deze door overheid en maatschappelijk middenveld sinds 1987 was ontwikkeld.

4.2 Factoren die de relatie hebben beïnvloed

Twee groepen factoren hebben hun invloed op de relatie artsen-ziekenfondsen gehad: factoren, die direct met de relatie zelf te maken hebben en externe ontwikkelingen. De eerste soort wordt gevormd door de ideeën en karakters van de betrokken personen zelf, ideologie, wederzijdse afhankelijkheid, maatschappelijke emancipatie van de beroepsgroepen, macht, collectivisatie en concentratie. De externe ontwikkelingen bestaan uit economische en maatschappelijke ontwikkelingen, de ontwikkeling van de medische wetenschap en de groei van de gezondheidszorg.

Ideeën en karakters van de betrokken personen

De ontwikkeling van de relatie artsen-ziekenfondsen werd vooral gedragen door de karakters en ideeën van de betrokken personen en de manier waarop zij met elkaar omgingen. Zij keerden zich tegen elkaar, zoals in de conflicten met Ziekenzorg en de landelijke polarisatie, of waren bereid tot overleg, onderhandelen en samenwerking als in de tijd van de Unificatiecommissie en de bloeitijd

van het Utrechtse contractstelsel. Veel artsen hadden een hekel aan fondsen en fondsbestuurders van linkse signatuur, terwijl mensen als Van Schaik en Van Lienden voor hun politieke overtuiging stonden en capabele onderhandelaars waren.

De NMG was een verdeelde organisatie en de leden konden elkaar in commissies, besturen en vergaderingen dwarszitten, maar gematigde artsen als Schreve, Van Bruggen en Snoeck Henkemans hadden voldoende invloed om in de periode 1912-1913 de bindende besluiten door roerige vergaderingen te loodsen. Cohen en Eggink konden ontactisch zijn en de oorzaak zijn van conflicten en polarisatie, maar zij werkten lang en hard om de Centrale Organisatie en de Maatschappijfondsen op te bouwen voor én de behartiging van de belangen van de artsen én de verbetering van het ziekenfondswezen.

Het beleid van de ziekenfondsen dreef op het idealisme van de bestuurders, zowel van artsen als van verzekerden en apothekers. Mensen als Wefers Bettink en Ten Cate van VHZ, Van de Bunt en Van den Helm van Amersfoort en Omstreken, Severijn en Van der Wurf van Liduina, Verdon, Lindemann en De Weerd van Ziekenzorg spanden zich dag en nacht in voor de belangen van de verzekerden, hun gezondheidszorg en het reilen en zeilen van hun ziekenfonds en vaak ook voor het landelijk ziekenfondswezen. Zij onderhandelden met elkaar, twistten met elkaar, maakten onderling afspraken, sloten overeenkomsten en bleken in staat ondanks de polarisatie het ziekenfondswezen zonder wetgeving te ontwikkelen tot een werkend stelsel, dat tot 1941 voorzag in de verzekering van het grootste deel van de Nederlandse bevolking.

De betekenis van administrateurs nam door de professionalisatie van de ziekenfondsen na 1930 toe. Directeuren en administrateurs als A.A. Snooy en W.D.N. Snooy van VHZ, Herman van Amersfoort en Omstreken, Rijpma en Van Weelden van Ziekenzorg en Van de Zande van Liduina zorgden voor hun administraties en werkten samen op regionaal en landelijk niveau, ook als hun besturen onenigheid hadden. Hun belang als ziekenfondsspecialist werd steeds groter, vooral door de invoering van het Ziekenfondsbesluit en verandering van de fondsen in uitvoeringsorganen en door hun rol in de koepelorganisaties. De culminatie van dit proces was in 1992 de verschuiving van de formele beleidsverantwoordelijkheid van de oude ziekenfondsbesturen naar de Raad van Bestuur bij de vorming van ANOVA.

Na 1945 werd de rol van politici snel groter. Voorbeelden zijn de staatssecretarissen Hendriks, Van der Reijden, Simons en Dees en de ministers Veldkamp en Borst-Eilers. De band tussen ziekenfondskringen en de politiek werd onderhouden door de staatssecretarissen Hendriks en Van der Reijden.

Ideologie

De ideologische verschillen tussen de corporatieve organisaties NMG en de Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen over vrije artsenkeuze, welstandsgrenzen en eigen instellingen beheersten de verhoudingen vanaf de oprichting van de Federatie in 1913. De Federatie, na 1920 gesteund door de vakorganisaties NVV en CNV, legde de nadruk op de door de leden beheerde verzekering en gezondheidszorg. De NMG, gevolgd door de NMP, was voorstandster van door de verzekerden en medewerkers beheerde fondsen, die een contractuele relatie aanging met de medewerkers. De Landelijke Federatie accepteerde wel het NMG-systeem van de contracten om haar fondsen van voldoende medewerkers te kunnen voorzien.

Het verzuilde katholiek ziekenfondswezen was, net als de fondsen van de Landelijke Federatie, gebaseerd op de ideologie van onderling beheerde fondsen, maar zou nooit in staat zijn voldoende katholieke artsen aan te trekken om in zijn behoefte te voorzien. De katholieke zuil was daarom bereid met de corporatieve NMG contracten te sluiten, mits de artsen bereid waren de katholieke principes te accepteren. De corporatieve NMG wilde met de katholieke vakbonden en fondsen onderhandelen omdat zij de klassenstrijd afwezen.

Deze ideologische verschillen beheersten de relatie artsen-ziekenfondsen op het landelijk niveau tot de samenvoeging van de koepelorganisaties in de VNZ in 1977 en op het regionaal niveau tot de fusie van de Utrechtse fondsen tot het RZMN in 1983.

Wederzijdse afhankelijkheid, maatschappelijke emancipatie van de beroepsgroepen en macht

De ziekenfondsen betekenden voor de artsen inkomsten en aanzien, maar de ziekenfondsen waren voor de verstrekking van hun zorg van de artsen afhankelijk. Hun relatie werd volledig door deze wederzijdse afhankelijkheid beheerst. Deze afhankelijkheid dwong de artsen tot de ontwikkeling van

het ziekenfondswezen met fondsen als het AZA, tot de formulering en uitvoering van het NMG-beleid met bindende besluiten en de vorming van de Maatschappijfondsen.

Onenigheid of concurrentie bij de artsen versterkte de positie van de ziekenfondsen. Verschil van mening bij de ziekenfondsen gaf de artsen een gunstiger positie. De onderling beheerde fondsen sloten voor 1941 bij een NMG-boycot contracten met niet-georganiseerde artsen. De verdeeldheid van de ziekenfondskoepels speelde de LHV tijdens de onderhandelingen voor de landelijke overeenkomst in 1967 in de kaart.

De beroepsgroepen onder de artsen ontleenden door inkomsten en aanzien een deel van hun maatschappelijke emancipatie aan de ziekenfondsverzekering, terwijl de ziekenfondsen door uitbreiding van de beroepsgroepen meer verstrekkingen konden bieden. Ook hierbij waren de partijen wederzijds afhankelijk. De invoering en uitbreiding van de specialismen had spanning bij de artsen onderling en het onderscheid huisarts-specialist tot gevolg. De invloed van de overheid op de wederzijdse afhankelijkheid en op de emancipatie van de beroepsgroepen werd na 1945 steeds groter.

De wederzijdse afhankelijkheid heeft ook gevolgen gehad voor de machtsverhoudingen binnen de artsenorganisatie NMG met grote tweespalt tussen de leden onderling, de besturen, de vergaderingen en de commissies als gevolg. Dit verzwakte de positie tegenover de ziekenfondsen voor 1941 vooral op het landelijk niveau. Deze conflicten hadden minder invloed op het regionale niveau, waar de relatie afhankelijk was van de krachtsverhoudingen tussen de fondsbesturen en de plaatselijke artsen.

Collectivisatie en concentratie

De collectivisatie in koepelorganisaties en de invoering van de landelijke medewerkerovereenkomsten greep direct in in de relatie artsen-ziekenfondsen door de verschuiving van macht en beleidsvorming van het lokale en regionale naar het landelijke niveau.

De concentratie in het ziekenfondswezen had door de afname van het aantal ziekenfondsen rechtstreeks gevolgen voor de relatie artsen-ziekenfondsen. Deze concentratie is niet alleen het gevolg van vrijwillige fusies, zoals bij de Maatschappijfondsen. Fondsen werden ook tot het opgaan in grotere verbanden gedwongen als zij te klein of niet in staat waren om de ziekenfondsverzekering of de AWBZ naar behoren te voeren, of over onvoldoende middelen beschikten om te kunnen automatiseren. Ziekenzorg en het Zeister Ziekenfonds zijn hier voorbeelden van.

Externe factoren: economische en maatschappelijke ontwikkelingen

Economische groei en achteruitgang hadden vóór 1941 meer invloed op het inkomen van de zorgconsument en de relatie artsen-ziekenfondsen dan daarna. Groei betekende meer inkomen, waardoor voldoende financiële ruimte ontstond om lid te worden van een ziekenfonds of om de particuliere tarieven te betalen. Achteruitgang en crisis konden consumenten met hogere inkomens dwingen tot deelname aan het ziekenfonds of ziekenfondsverzekerden tot gebruik van de geneeskundige armenzorg. Dit had gevolgen voor het inkomen van de artsen en hun opstelling tegenover de ziekenfondsen, zoals met de crisisregelingen.

De relatie met de overheid en de politieke invloed van de artsen en de ziekenfondsen hebben de meeste invloed gehad op de vorming van het ziekenfondsbestel en de onderlinge verhoudingen. Voorbeelden zijn de onthoudingspolitiek uit de negentiende eeuw, de wetgevingspogingen van Kuyper en volgende bewindslieden, de bemiddelingspogingen in de tijd van de polarisatie, de oplegging van het Ziekenfondsenbesluit en de ontwikkeling van de driehoeksrelatie overheid-ziekenfondsen-zorgaanbieders na 1945, waarbij het harmoniemodel de leidraad vormde. De overheid had van 1941 tot 1992 grote invloed op de relatie artsen-fondsen door de fondsen de contracteerplicht en daarmee de volledig vrije artsenkeuze op te leggen, maar zij liet de fondsen en de artsen vrij in de bestuursdeelname van de artsen bij de fondsen. De verzuiling was voor de politiek bepalend voor de plaats van de uitvoering van de ziekenfondsverzekering. Volgens confessionele en liberale opvattingen werd de uitvoering van de ziekenfondsverzekering in handen gelegd van de ziekenfondsen als organisaties van het maatschappelijk middenveld en niet opgedragen aan overheidsinstellingen, net zoals bij de uitvoering van andere sociale verzekeringswetten.

De economische bloei na de Tweede Wereldoorlog maakte de uitbreiding van de gezondheidszorg en de ziekenfondsverzekering mogelijk, gepaard gaand met een toenemende overheidsinvloed. Mede onder invloed van de economische recessie rond 1975 veranderde het denken over de

dominantie van de overheid op het maatschappelijk leven. Een bijkomende factor in dit proces was de ontzuiling die na 1960 de versterking van het maatschappelijk middenveld mogelijk maakte door schaalvergroting en professionalisatie. Deze ontwikkelingen hadden hun weerslag op de visie van de sturende invloed van de overheid op de gezondheidszorg en de relatie artsen-ziekenfondsen, waarbij de ziekenfondsen als zorgverzekeraars na 1987 meer vrijheid en verantwoordelijkheden kregen.

Oorlogstijd, bezetting en de daarop volgende vrede waren bijzondere omstandigheden, die de ziekenfondsen en de artsen tot samenwerking dwongen. Deze samenwerking had blijvende veranderingen in de relatie tot gevolg. Door de gevolgen van de mobilisatie in 1914-1918 leerden de Utrechtse artsen en ziekenfondsenbestuurders formeel en informeel samen te werken, met het afsluiten van de eerste ziekenfondsovereenkomst in 1917 als resultaat. Andere voorbeelden van bijzondere omstandigheden zijn de samenwerking tijdens invoering van het Ziekenfondsenbesluit, de tegenwerking van Ziekenzorg en de Maatschappijfondsen bij de concentratiepogingen van Eggink en Van der Does en de samenwerking van de Maatschappijfondsen met het Medisch Contact.

De verzuiling had in de relatie artsen-ziekenfondsen een meer algemene invloed op de positie van de ziekenfondsen in de verhouding ziekenfondsen-artsen-overheid en een specifiekere invloed op het ziekenfondsenwezen zelf. Het katholieke ziekenfondsenwezen werd door de verzuiling in het corporatief georganiseerde ziekenfondsenwezen versterkt. De katholieke fondsen kwamen met de eerste centralistische ziekenfondskoepel, hadden een bijzondere relatie met de NMG en namen hun eigen positie in in de tijd van de polarisatie.

De vakbonden hebben met hun politieke macht, hun methoden en achtergrond in de relatie artsen-ziekenfondsen soms een versturende rol gespeeld. Zij versterkten de positie van het onderling beheerde ziekenfondsenwezen vanaf de oprichting van de eerste arbeidersfondsen, maar het NVV en het CNV kozen in de tijd van de polarisatie uit pragmatische overwegingen wisselend voor samenwerking met de NMG en stootten de Landelijke Federatie van zich af. Deze invloed nam af doordat de bonden in 1949 zetels kregen in de Ziekenfondsraad en medeverantwoordelijk werden voor de rust in het ziekenfondsenbestel.

Externe ontwikkelingen; de groei van de medische wetenschap en de ontwikkeling van de gezondheidszorg

De groei van de medische wetenschap versterkt de positie van de artsen tegenover de ziekenfondsen door de verhoging van hun maatschappelijke status en de mogelijkheid tot uitbreiding van het te verzekeren verstrekkingspakket. De financiering hiervan heeft altijd problemen en spanningen veroorzaakt. Voor 1941 bleven deze beperkt tot de lokale relatie, na 1945 speelden deze vooral op het landelijk niveau.

Door de groei van de medische wetenschap ontstonden en ontstaan nieuwe medische en paramedische beroepsgroepen, die net als de huisartsen inkomsten uit en aanzien door de ziekenfondsverzekering wilden verwerven. Voor 1941 beslisten de artsen en de fondsbesturen over hun erkenning. De invoering van medische verstrekkingspakketten als tandheelkundige zorg, specialistische hulp en paramedische zorg was een geleidelijk proces, waarvan artsen én fondsbesturen de noodzaak erkenden. De invoering hing af van de plaatselijke verhoudingen, de financiële mogelijkheden van de ziekenfondsen, de mate waarin de beroepsgroepen als de specialisten zich manifesteerden en de inventiviteit, waarmee verstrekkingspakketten aanvullend werden verzekerd. Het Ziekenfondsenbesluit zorgde voor een doorbraak met het door de overheid opgelegde landelijke verstrekkingspakket voor de verplichte verzekering en herziening van het financieringsstelsel.

De ontwikkeling en de groei van de gezondheidszorg werden na 1945 steeds belangrijker voor de verhoudingen tussen de artsen en ziekenfondsen. De kostenstijgingen hadden invloed op de honorariumonderhandelingen, vooral bij de specialistenovereenkomsten. De huisarts kreeg op landelijk en regionaal niveau in de gezondheidszorg een steeds belangrijker rol, niet alleen als huisarts, maar door de verwijzing was hij de spil tussen patiënt en de voortzetting van diens behandeling door de andere medische beroepsgroepen. Dit eiste een steeds nauwere samenwerking tussen zorgverzekeraar en huisarts voor de gezondheidszorg in de regio.

4.3 Lessen uit het verleden

Regionalisatie, een rode draad

Regionalisatie in de gezondheidszorg kan worden beschouwd als een kind van de relatie artsen-ziekenfondsen.

Het regionalisatieproces, voorspeld in 1898 door de Amsterdamse arts Menno Huizinga (hoofdstuk 1.3) en ontworpen in het Unificatierapport (hoofdstuk 2.5), werd na de oorlog een natuurlijk gegeven in de ontwikkeling van de gezondheidszorg en van de ziekenfondsverzekering. In het Unificatierapport uit 1925 werd een door de NMG, de NMP, de onderling beheerde ziekenfondsen en de vakbonden beheerd ziekenfondsbestel geschetst met een volledig op regionale leest geschoeide gezondheidszorg, die door de landelijke overheid moest worden gesubsidieerd.

De regionalisatie werd in 1929 in de praktijk ingezet met de vorming van de Maatschappijfondsen. Het motief voor de NMG was de bundeling van de krachten van de artsen bij de introductie van de Ziektewet en voor de strijd tegen de onderling beheerde fondsen, maar werd snel aangevuld met de behoefte om de zegeningen van de Maatschappijfondsen naar de omringende gebieden uit te breiden. De Maatschappijfondsen bleven de fondsen met de grootste betekenis voor de regionalisatie. Dit waren in Midden-Nederland de fondsen Amersfoort en Omstreken en de Omstreken van Utrecht.

De regionalisatie kwam in de oorlog in een kwaad daglicht te staan, maar zette zich daarna door. Een van de motieven voor de oprichting van de Federatie V.M.Z. was sterk te staan bij regiovorming en concentratie. In het Utrechtse gebied werd de scheiding tussen stad en omgeving door het Ziekenfondsenbesluit als overleefd gevoeld en fuseerden de Maatschappijfondsen VHZ en de Omstreken in 1950 tot een regionaal werkend fonds. Liduina en het Centraal Ziekenfonds waren in 1946 al samengegaan tot een fonds met het hele Aartsbisdom als werkgebied.

De Structuurnota Gezondheidszorg gaf in 1974 een nieuwe impuls en stimuleerde tot de vorming van regionale werkgebieden met een samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen, waarin de ziekenfondsen omwille van de efficiency nauw zouden samenwerken of fuseren. Dit werd in Midden-Nederland van 1974 tot 1983 uitgewerkt door de vorming van het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland.

Het regionalisatieproces veranderde na 1987 van karakter. Er werden nieuwe motieven gebruikt, zoals versterking van de organisatie tegen concurrentie. Bestaande regio's werden samengevoegd. De regionale traditie in de relatie artsen-ziekenfondsen werd in 1993 opnieuw benadrukt door de landelijke overeenkomst zorgverzekeraar-vrijgevestigde huisarts, waarin afspraken zijn gemaakt over regionale ordening van de huisartsenhulp. Nieuwe zorgverzekeraars gingen landelijk werken, ziekenfondsfusies werden versneld en als nieuw fenomeen fuseerden ziekenfondsen met particuliere verzekeraars. De werkgebieden van de fondsen in Utrecht en Amersfoort werden in 1992 een geheel door de fusie tot RZMN/A&O, het latere ANOVA.

De ziekenfondsverzekering; een traditie van vrije marktverhoudingen?

De vrije markt van de ziekenfondsverzekering was tot 1941 niet zo vrij.

De artsen en apothekers hadden in 1900 in Utrecht en Amersfoort met hun fondsen het grootste marktaandeel en in Zeist het monopolie. In Zeist en Amersfoort werden de premies en honoraria desondanks afgestemd op de gangbare normen. De filantropische achtergrond van de fondsen en de scheiding van de ziekenfondspraktijk en de particuliere praktijk hielden de ziekenfondshonoraria beneden de particuliere tarieven. In Utrecht zorgden deze redenen, samen met de concurrentie van de andere fondsen, voor stabiele premies en honoraria.

De ziekenfondsmarkt werd na 1914 beheerst door contractuele prijsafspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders, die op lokaal niveau premies en honoraria vaststelden, het aangeboden verstrekkingenpakket in onderling overleg bepaalden en concurrentie tussen de fondsen zo veel mogelijk uitsloten. Concurrentie tussen de georganiseerde zorgaanbieders werd uitgesloten door de contractueel overeengekomen vrije artsen- en apothekerskeuze, het abonnementshonorarium van de huisartsen en prijsafspraken voor specialistische zorg en voor de geneesmiddelenverstrekking.

De contracten werden afgesloten in de steden. Maar weinig ziekenfondsen sloten zich niet bij deze overeenkomsten aan. Dit waren onderling beheerde arbeidersfondsen als de Haagse Volharding en na 1933 het Utrechtse Ziekenzorg, die door het gebruik van medewerkers in loondienst en eigen instellingen verzekering en verstrekkingen in eigen hand hielden.

De mogelijkheid van vrije marktverhoudingen werd voor 1941 nog verder beperkt door de Maatschappijfondsen. Deze werkten als ziekenfonds en als behartiger van de belangen van de zorgaanbieders tegelijk. Toch buiten zij hun monopoliepositie niet uit, zij konden dit niet. De premies moesten worden aangepast aan het inkomen van hun doelgroep, die ook in tijden van

werkloosheid van de ziekenfondsverzekering gebruik moest kunnen maken. De artsen bleven zich bewust van hun sociale verantwoordelijkheid en van hun afhankelijkheid van de ziekenfondspot.

Voor de invoering van het Ziekenfondsenbesluit in 1941 was er bij de ziekenfondsverzekering dus geen traditie van vrije marktverhoudingen, maar overheerste de samenwerking tussen ziekenfondsen en medewerkers. Daarna schakelde de overheid iedere marktwerking uit, totdat na 1987 de behoefte aan de herziening van de ziekenfondsverzekering groeide en er iets veranderde: vrijheid in de keuze van de werkgebieden en vrijheid bij het contracteren van de medewerkers.

De ziekenfondsverzekering; verantwoordelijkheid voor de verzekering en de zorg?

De ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars, eveneens zorgverzekeraars genoemd, kregen na 1987 steeds meer verantwoordelijkheid voor de zorg die zij hun verzekerden boden. De principes van de sinds 1941 ontwikkelde ziekenfondsverzekering werden gewijzigd door de introductie van marktelementen en ondernemerschap.

Het onderscheid van verplichte en particuliere verzekering door de loongrens blijft vooralsnog bestaan, maar overheid en verzekeraars streven naar convergentie van beide verzekeringen. De ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars zijn na 1987 begonnen met de organisatorische en verzekeringstechnische integratie door onderlinge fusies, de samenvoeging van hun koepelorganisaties en door de samenwerking van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars bij collectieve verzekeringscontracten.

De zorgverzekeraars zijn na 1987 financieel verantwoordelijk geworden voor de contractering en de verzekering en zij zijn vrij in de keuze van hun werkgebied. De vrije artsenkeuze is formeel vervallen door de opheffing van de contracteerplicht, waardoor zij zelf kunnen kiezen voor de contractering van medewerkers. De verzekeraars moeten met de kwaliteit van de geboden zorg en de hoogte van de nominale premie concurreren om de gunst van de verzekerde, die vrij is in zijn keuze van verzekeraar.

De overheid verkleint het pakket van de verplichte verzekering doordat belangrijke verstrekkingen als fysiotherapie en tandheelkundige zorg drastisch worden ingekrompen. De zorgverzekeraars brengen daarom deze in hun aanvullende verzekeringen onder of bieden ze als zelfstandige polissen aan aan verplicht én particulier verzekerden.

Deze verzekeringen hebben geen relatie met het oude stelsel van voor 1941. De premies worden vastgesteld door de verzekeraar zelf en niet in overleg met de zorgaanbieders. De zorgverzekeraars sluiten voor deze verzekeringen met de zorgaanbieders in hun regio collectieve overeenkomsten met eigen of landelijke tarieven en voorwaarden, waardoor het principe van de plaatselijke en regionale overeenkomsten lijkt te herleven. De relatie zorgverzekeraars-zorgaanbieders verandert door terugkeer van de verzekering op het lokale en regionale niveau. De zorgverzekeraars stellen zich in hun regio steeds zelfstandiger tegenover de zorgaanbieders op en stellen zelf de pakketten voor de aanvullende verzekeringen samen.

De oude vraag *Zijn ziekenfondsen ziekteverzekeringsinstellingen of gezondheidszorginstellingen?* krijgt een nieuw antwoord. Zorgverzekeraars nemen deel in instellingen, in praktijken en in nieuwe initiatieven of verlenen subsidies. Het oude principe van de eigen instellingen is door zorgverzekeraars als ANOVA weer nieuw leven ingeblazen. Deze instellingen, variërend van apotheken tot leveranciers van kunst- en hulpmiddelen, werden en worden om uiteenlopende redenen gebruikt. Door de winst op de exploitatie van de eigen instellingen kan de verzekeraar de nominale premies voor de verplichte verzekering en de aanvullende verzekeringen lager houden. Zorgverzekeraars kunnen met deze instellingen met de reguliere zorgaanbieders concurreren, de tarieven in de regio beïnvloeden en daarmee de kosten van de gezondheidszorg beter in de hand houden. De eigen instellingen kunnen de verzekerden extra service of verstrekkingen bieden.

Het gebruik van eigen instellingen heeft een schaduwzijde: het geeft altijd conflicten met de reguliere zorgaanbieders. De geschiedenis heeft de vraag of zorgverzekeraars zich bij hun verzekeringsleest moeten houden, of ook zelf als zorgaanbieder mogen optreden al beantwoord. Zowel de Maatschappijfondsen als de onderling beheerde fondsen maakten uitgebreid en soms zelfs succesvol gebruik van eigen instellingen.

Ondanks alle ontwikkelingen bleef de concurrentie tussen de zorgverzekeraars echter beperkt. Zij bleken in de praktijk tegenover de zorgverleners onvoldoende vuist te kunnen maken, doordat zij dure zorg niet konden vervangen door goedkopere en gedwongen waren de voorwaarden van de medewerkersorganisaties bij de contractonderhandelingen te aanvaarden. De sinds 1987 ingezette veranderingen bleken wel gevolgen te hebben voor de solidariteit van de ziekenfondsverzekering

tussen goede en slechte risico's, die door de verzakelijking van de ziekenfondsen dreigt te verdwijnen. Zorgverzekeraars als ANOVA krijgen door het terugtreden van de overheid daarom weer grotere verantwoordelijkheid voor de handhaving van de solidariteit bij de uitvoering van de verzekering van de gezondheidszorg. Tegelijkertijd worden zij weer verantwoordelijk voor hun eigen bedrijfsvoering. Aanvullende verzekeringen, regionalisatie, eigen instellingen, kostenbeheersing en een goede relatie met de zorgaanbieders zijn de manieren waarop zij zich aan de moderne tijden kunnen aanpassen. Middelen, die vóór 1941 ook al beproefd waren.

4.4 De relatie artsen-ziekenfondsen op nationaal en regionaal niveau; de beantwoording van de onderzoeksvraag

De vraagstelling voor dit onderzoek luidde: *welke was de relatie tussen de ziekenfondsen en de artsen op het niveau van Nederland en het regionale niveau van Midden-Nederland vanaf 1827 en welke factoren bepaalden deze relatie?*

De relatie werd bepaald door externe en interne factoren. Zij bestond voor 1941 uit persoonlijke verhoudingen, wederzijdse afhankelijkheid en ideologie. De relatie stond lange tijd in het teken van harmonie, door polarisatie soms in het teken van conflict. De artsen formuleerden op het landelijk niveau de belangrijkste beleidslijnen voor het ziekenfondsbestel, die op het regionale niveau werden overgenomen. De artsen en de fondsen ontwikkelden aan de hand van deze beleidslijnen naar eigen inzicht in Utrecht, Zeist, Amersfoort en de omringende gebieden een stelsel van ziekenfondsverzekeringen en aanvullende verzekeringen, die voor de Midden-Nederlandse bevolking in de behoefte aan de verzekering van de gezondheidszorg voorzagen. Deze verzekering werd door de artsen en de verzekerden beheerd, meestal in samenwerking met apothekers. De ontwikkelingen op het landelijk niveau waren van invloed op de gebeurtenissen en processen op het regionaal niveau, maar de regio had bij de beleidsontwikkeling en -uitvoering voor 1941 een eigen dynamiek met een eigen fasering.

De invloed van de overheid op de ziekenfondsverzekering werd sinds de invoering van het Ziekenfondsenbesluit in 1941 groter. De relatie artsen-fondsen veranderde door schaalvergroting en verzakelijking, waardoor de beleidsbepalende rol van de artsen voor het ziekenfondswezen steeds kleiner werd. Het beleid werd gevormd op het landelijk niveau, de zelfstandigheid van het Midden-Nederlandse ziekenfondsbestel werd steeds meer beperkt tot de uitvoering van dit beleid. De ontwikkelingen in de regio volgden die van het landelijk niveau, maar in hun eigen tempo en aangepast aan de regionale omstandigheden. De scheiding in de relatie van de artsen als leverancier van gezondheidszorg en die van de fondsen als verzekeraars werd duidelijk. De verzakelijking van de relatie ziekenfondsen en artsen, begonnen in 1941 op het landelijk niveau, werd in 1992 op het Midden-Nederlandse niveau voltooid. De lange periode waarin de artsen solidair met de verzekerden het beleid bij de ziekenfondsen droegen, was afgesloten. De fusie van ANOVA en ZAO in 1997 betekende het einde van de zelfstandigheid van de ontwikkeling van de zorgverzekering en de relatie artsen-ziekenfondsen in Midden-Nederland.

Bronnen en literatuur

Archieven

De bronnenstudie is gebaseerd op documenten uit het Algemeen Rijksarchief, het Rijksarchief in Utrecht, de gemeentearchieven van Utrecht, Zeist en Amersfoort, de Stichting Historie Ziekenfondswezen te Zeist en het Oud Archief van ANOVA-Verzekeringen te Amersfoort.

Het Algemeen Rijksarchief:

- het archief van de (Koninklijke) Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst, 1849-1949;

- het archief van de (Koninklijke) Maatschappij tot Bevordering van de Pharmacie, 1842-1960;

Het Rijksarchief in Utrecht:

- het archief van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst, Afdeling Utrecht, 1849-1959;

- het archief van het college van Curatoren van de Rijksuniversiteit Utrecht, 1815-1954(1958).

Het gemeentearchief Utrecht:

- het Stadsarchief van de Gemeente Utrecht.

Het gemeentearchief Amersfoort:

- het archief van het Departement van het Nut van 't Algemeen.

Het gemeentearchief Zeist:

- het archief van de Armencommissie, 1850-1936.

De archieven van de rechtsvoorgangers van ANOVA-Verzekeringen zijn gedeeltelijk geïnventariseerd.

De toegekende inventarisnummers zijn voorlopig. Het betreft de archieven van:

- de Vereeniging van Doktoren en Apothekers te Utrecht;

- de ziekenfondsen Voorzorg en Hulp bij Ziekte, Liduina, Ziekenzorg, het Zeister Ziekenfonds, Amersfoort en Omstreken en het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland;

- de Stichting Utrechts Ziekenhuisverplegingsfonds;

- de Stichting Ziekenhuisverpleging Amersfoort;

- de Commissie van Toezicht op het Utrechtsche Ziekenfondswezen;

- de Stichting Samenwerkende Ziekenfondsen te Utrecht;

- de Permanente Commissie van Overleg van instellingen in de gezondheidszorg;

- de Stichting Samenwerkende Instellingen in de Gezondheidszorg;

- het Brilléglas;

- De Vereeniging van Utrechtsche Ziekenfondsen tot bevordering van Tandheelkundige Verzorging.

Aan de Stichting Historie Ziekenfondswezen te Zeist zijn de archieven van de rechtsvoorgangers van de koepelorganisatie Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars overgedragen. Deze archieven zijn samengevoegd tot een collectie, zonder inventarisnummers. Dit betreft de Bond van Rooms-Katholieke Ziekenfondsen, de Stichting Autonome Ziekenfondsen, de Federatie van Vereenigde Maatschappij Ziekenfondsen, de Centrale Bond van Onderling Beheerde Ziekenfondsen, de Unie van Ziekenfondsen, de Organisatie van Algemene Ziekenfondsen, het Centraal Overleg van Ziekenfondsorganisaties en het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties.

Literatuur en periodieken

1899-1939. *Gedenkboek ter gelegenheid van het 40-jarig bestaan van het Algemeen Ziekenfonds Almelo* (Almelo 1939).

30 jaar Diocesane Instelling. Katholiek Ziekenfonds Liduina (Utrecht 1961).

Abeele, E.L.J., *Twee en een halve eeuw ziekenfonds* (Den Haag 1960).

Adres over het ontwerp van wet regelende de wettelijke verplichting van vaste werklieden om zich en hunne gezinnen te verzekeren tegen de geldelijke gevolgen van ziekte en bevalling, ingediend bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal door het Hoofdbestuur der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (z.p. 1907).

Albeda, W., '4. Minder regering of een andere regering', in: H.M. de Jong en J.J.A. Thomassen, *Tussen overheid en samenleving* (Enschede 1992) 49-53.

Balthazar, P. e.a., *Gezondheid. 75 jaar nationaal verbond van socialistische mutualiteiten 1913-1988* (Gent 1988).

Als de dag van Gisteren. Honderd jaar Utrecht, de Utrechtse en de sociale zorg (z.p. 1990).

Berger, J.A., *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland* (Vlissingen 1930).

- Berting, J., 'In het brede maatschappelijk midden; de veranderende positie van de middengroepen in de Nederlandse samenleving tussen 1850-1980', in: F.L. van Holthoorn, *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en samenhang* (Assen 1985) 119-137.
- Binneveld, J.M.W. en R.M. Dekker (red.), *Curing and Insuring. Essays on Illness in past Times: the Netherlands, Belgium, England and Italy, 16th-20th Centuries* (Rotterdam 1993).
- Bollerman, J.B.J. en J.N.J. Broenink, *Het begrafenisfonds "Let op uw Einde" 1847-1893* (Leiden 1983).
- Boogman, J.C. e.a., *Geschiedenis van het moderne Nederland: politieke, economische en sociale ontwikkelingen* (Houten 1988).
- Boomgaard, P., 'Stakingen, vakbondslidmaatschap en conjunctuur gedurende het interbellum in Nederland', in: J. van Herwaarden (red.), *Lof der historie. Opstellen over geschiedenis en maatschappij* (Rotterdam 1973) 338-373.
- Bos, G.J.M., *A&O in de 90-er jaren, een historische terugblik en toekomstfilosofie* (Amersfoort 1989).
- Bosmans, J. 'Het maatschappelijk-politieke leven in Nederland 1918-1940', in: J.C. Boogman e.a., *Geschiedenis van het moderne Nederland: politieke, economische en sociale ontwikkelingen* (Houten 1988) 562-608.
- Bosschaert, D., *De stad Utrecht als medisch ontwikkelingsgebied* (Rotterdam 1969).
- Bruggen, A.C. van, *De geldelijke positie van geneesheren in Nederland* (z.p. 1916).
- Brugmans, I.J., *De arbeidende klasse in Nederland in de 19e eeuw, 1813-1870* (Utrecht 1958).
- Brugmans, I.J., *Paardenkracht en Mensenmacht. Sociaal-Economische Geschiedenis van Nederland, 1795-1940* (Leiden 1983).
- Bruin, A.A. de, *Zorgen voor zekerheid. Een impressie van honderd jaar medische zorg en zorgverzekering tussen IJ en Marsdiep* (Zeist 1994).
- Burg, Ph.J. v.d., *Bij het tienjarig bestaan van de Ziekenfondsraad. 1 januari 1949 -1 januari 1959* (z.p. 1959).
- Cannegieter, D., *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet* (Assen 1954).
- Centraal Bureau voor de Statistiek, *1899-1984. 85 jaren statistiek in tijdreeksen* ('s-Gravenhage 1984).
- Centraal Bureau voor de Statistiek, *De verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging in Nederland op 1 januari 1936* ('s-Gravenhage 1937).
- Centrale Bond van Onderling Beheerde Ziekenfondsen, *De toekomstige ontwikkeling van het ziekenfondswezen* (Utrecht 1957).
- Commissie Dekker, *Bereidheid tot Verandering. Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg* ('s-Gravenhage 1987).
- Commissie Keuzen in de Zorg, *Kiezen en delen, achtergrondstudies* ('s-Gravenhage 1991).
- Commissie van Toezicht inzake het ziekenfondswezen, *Een halve eeuw overleg en samenwerking tussen apothekers, artsen en ziekenfondsen in het belang van de volksgezondheid en wel speciaal ten opzichte van het ziekenfondswezen in 's-Gravenhage en omstreken, 1927-1977* (z.p. z.j).
- Companje, K.P., 'De Schiedamse ziekenfondsen rond de eeuwwisseling', *Scyedam* 5 (1989) 157-176.
- Companje, K.P., *Ziekenzorg. Een Utrechts ziekenfonds en zijn eigen instellingen* (Zeist 1994).
- Cox, R., *The Development of the Dutch Welfare State. From Workers' Insurance to Universal Entitlement* (Pittsburgh 1993).
- Daalder, H., 'Politieke Instellingen en Politieke Partijen', in: F.L. van Holthoorn, *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en Samenhang* (Assen 1985) 305-339.
- Dekker, E., E. Elsinga e.a., *Mensen en machten. Gezondheidszorg in de jaren 90* (Houten 1990).
- Denters, S.A.H. en N.P. de Mol, '11. De doelmatigheid van het maatschappelijk middenveld. Een politiek-economische beschouwing' in: H.M. de Jong en J.J.A. Thomassen, *Tussen overheid en samenleving* (Enschede 1992) 149-180.
- Derksen, W., Th. G. Drupsteen en W.J. Witteveen (red.), *Terugtrek van de regelgevers: meer regels, minder sturing?* (Zwolle 1989).
- Dolman, D., *Subsidies en gezondheidszorg. Een feitelijk onderzoek naar financieringsstructuren* (Leiden 1964).
- Doorn, J.A.A. van en C.J.M. Schuyt (red.), *De stagnerende verzorgingsstaat* (Meppel 1978).
- Duuren, F. van, *Het Zaanlandse en Amsterdamse stelsel. Kostenbeheersing in de jaren '30* (Doctoraalscriptie; Rotterdam 1993).
- Een halve eeuw lang. Jan van de Bunt op de bres voor de zieke medemens* (Amersfoort 1979).
- Eggink, C., *Het ziekenfondswezen in crisistijd* (z.p. z.j).
- Elink Schuurman, W.H.A., *Ziekteverzekering en werklidzenziekenfondsen in Nederland* ('s-Gravenhage 1917).

- Elsinga, E.E. (uitg.), *Mensen en machten. Gezondheidszorg in de jaren '90* (Houten 1990).
- Federatie van door verzekerden en medewerkers bestuurde ziekenfondsen, V.M.Z., *Nota structuur Ziektekostenverzekeringen* (z.p. 1968).
- Festen, H., 'De geschiedenis van het ontstaan van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven', in: L.J. de Wolff (red.), *De prijs voor de gezondheid. Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven 1965-1982* (Baarn 1984) 13-45.
- Festen, H., *125 jaar geneeskunst en maatschappij. Geschiedenis van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (Utrecht 1974).
- Festen, H. en N.A. van Gemert, *Van doktersfonds tot zorgverzekeraar 1914-1989. 75 jarige geschiedenis van Ziekenfonds Midden-Brabant tegen een landelijk decor A.A.A.-VGZ* ('s-Hertogenbosch 1990).
- Fortuyn, W.S.P., 'Staat en sociaal-economische politiek in de twintigste eeuw', in: F.L. van Holthoon, *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en samenhang* (Assen 1985) 283-304.
- Gerwen, J.L.J.M. van en N.H.W. Verbeek, *Voorzorg & de Vruchten. Het verzekeringsconcern AMEV: zijn wortels en vertakkingen van 1847 tot 1995* (Amsterdam 1995).
- Godefroi, L.S., *Het ziekenfondswezen in Nederland. Ontwikkelingen en perspectieven* ('s-Gravenhage 1963).
- Goudsmit, J., *Anderhalve eeuw dokters aan de arts. Geschiedenis van de medische opleiding in Nederland* (Amsterdam 1978).
- Graaff, N. de, *Veertig jaar en volgende. Ontwikkelingen in en rond de Landelijke Huisartsen Vereniging* (Utrecht 1991).
- Grünwald, C.A., '3. De groei van de gezondheidszorg', in: J.A.M. Maarse en I.M. Mur-Veeman (red.), *Beleid en beheer in de gezondheidszorg* (Assen 1990) 28-51.
- Hamilton, G.J.A., P. Kasdorp e.a., *Zorgcontracten in de jaren negentig* (Zeist 1991).
- Hannesen, H.J. en A. Sliedrecht, 'Het COZ in de praktijk', in: L.J. de Wolff (red.), *De prijs voor de gezondheid. Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven 1965-1982* (Baarn 1984) 279-305.
- Hart, P.D. t., *Utrecht en de cholera, 1832-1910* (Zutphen 1990).
- Hen, P.E. de, 'De industrie in Nederland', in: F.L. van Holthoon, *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en samenhang* (Assen 1985) 3-18.
- Hendriks, J.P.M., 'De rol van de overheid', in: L.J. de Wolff (red.), *De prijs voor de gezondheid. Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven 1965-1982* (Baarn 1984) 67-81.
- Herman, F.J., *Geschiedenis van het Ziekenfondswezen in Amersfoort* (z.p. z.j).
- Hermans, H.E.G.M., *Zorg en markt in historisch perspectief* (Deventer 1991).
- Hermans, H.E.G.M. en J. Spek, 'De actualiteit van de geschiedenis der ziekenfondsen', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 65 (1987) 104-110.
- Herwaarden, J. van, *Lof der historie. Opstellen over geschiedenis en maatschappij* (Rotterdam 1973).
- Het Ziekenfonds. Orgaan van de Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen.*
- J.T Heyden.M. van der, *Het Ziekenhuis door de eeuwen heen. Over geld, macht en mensen* (Rotterdam 1994).
- Hoeven, E.W. van der, *ANOZ van A tot Z. Vijftig jaar landelijk ziekenfonds en eigenaardigheden* (Zeist 1996).
- Hoeven, H.C. van der, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting. De waarheid over het Ziekenfondsenbesluit 1941* ('s-Gravenhage 1989).
- Hoeven, H.C. van der en E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst. 100 jaar Ziekenfondsen en Sociale Zekerheid* (Deventer 1993).
- Hofman, R.J. (hoofdred.), *Wetgeving Gezondheidszorg* (Deventer 1993).
- Holthoon, F.L. van, 'Verzuiling in Nederland', in: F.L. van Holthoon, *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en samenhang* (Assen 1985) 159-171.
- Holthoon, F.L. van, *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en samenhang* (Assen 1985).
- Hoofdpijnen bedrijfsstrategie A&O-RZMN* (Utrecht 1992).
- Hoogenboom, L. en H.F.J. Keers, *Het Ziekenfondswezen* (Wassenaar 1948).
- Hoogendoorn, G., *Zeist. Een milieu-geografische studie* (Amsterdam 1978).
- Houwaart, E.S., *De hygiënist. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890* (Groningen 1991).
- Huysmans, F. (red.) e.a., *Gezondheidszorg in Nederland. Beschouwingen over arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, financiering van de gezondheidszorg, sociale voorzieningen, intra- en extramurale gezondheidszorg, mediese opleiding, psychosomatiek en psychiatrie* (Nijmegen 1973).

- Idenburg, Ph., 'Een beleid voor het maatschappelijk middenveld' in: H.M. de Jong en J.J.A. Thomassen, *Tussen overheid en samenleving* (Enschede 1992) 57-73.
- Japenga, C.J. en H.F. van der Velden, 'Het geneeskundig beroep en de regionale differentiatie in organisatie en financiering van de gezondheidszorg in Nederland (1900-1941)', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 18 (1992) 504-526.
- Jaspers, J.B., *Het medische circuit. Een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980)* (Utrecht/Antwerpen 1985).
- Jong, H.M. de en J.J.A. Thomassen, *Tussen overheid en samenleving* (Enschede 1992).
- Jong, N. de, 'Ontwikkelingen in het pakket en aanspraken verzekeren', in: J.W. van der Linden en J.L.M. van den Heuvel (red.), *Zorg verzekerd... Ontwikkelingen in de sociale ziektekostenverzekering vanaf 1965: aanspraken en bestuurlijke organisatie. Gedenkboek ter gelegenheid van de vrijwillig vervroegde uittrekking van mr. R.J. Boerlaage* (Amstelveen 1989) 53-82.
- Jong, P. de, J.H. van der Made en J.G. A. van Mierlo, *Gezondheidszorg in de jaren negentig: op weg naar maatschappelijk ondernemerschap?* (Amsterdam 1993).
- Jonge, J.A. de, 'Het economische leven in Nederland 1895-1914', in: J.C. Boogman e.a., *Geschiedenis van het moderne Nederland. Politieke, economische en sociale ontwikkelingen* (Utrecht 1988) 245-276.
- Juffermans, P.C., *Overheidsbeleid en ziekenfondsen 1945-1977* (Amsterdam 1977).
- Juffermans, P.C., *Staat en gezondheidszorg in Nederland* (Nijmegen 1982).
- Kool, T., *Naar een gezondheidsmarkt? Mogelijkheden tot deregulering van geneeskundige verzorging* (Amsterdam 1995).
- Kortenhoeven, D., *100 jaar fysiotherapie. Ontwikkeling van het wettelijk en economisch kader van een paramedische beroepsgroep* (Arnhem 1989).
- Kunneman, H.L., *De ziektekostenverzekering* (Zeist 1951).
- Kupers, E., *De wettelijke regeling der Ziekenfondsen. Prae-advies van E. Kupers* (z.p. z.j).
- Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen, *De Ziekenfondsen. Hun Verleden, Heden en Toekomst* (Utrecht 1930).
- Leclercq, W.L., *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam, 1847 - 1 april 1947* (Amsterdam 1947).
- Leidraad voor het werk in de Commissies van Toezicht* (Utrecht z.j.).
- Lieburg, M.J. van, 'De tweede geneeskundige stand (1818-1865). Een bijdrage tot de geschiedenis van het medisch beroep in Nederland', *Tijdschrift voor Geschiedenis* 96 (1983) 433-453.
- Loo, L.F. van, *"Den arme gegeven...". Een beschrijving van armoede, armenzorg en sociale zekerheid in Nederland, 1784-1965* (tweede druk; Meppel 1987).
- Loo, L.F. van, *Arm in Nederland 1815-1990* (Meppel 1992).
- Maarse, J.A.M., '4. Overheid en volksgezondheid', in: J.A.M. Maarse en I.M. Mur-Veeman (red.), *Beleid en beheer in de gezondheidszorg. Problemen, structuren en effecten* (Assen 1990) 52-70.
- Maarse, J.A.M. en I.M. Mur-Veeman (red.), *Beleid en beheer in de gezondheidszorg. Problemen, structuren en effecten* (Assen 1990).
- Maatschappij tot Nut van het Algemeen, *De ziekenfondsen in Nederland* (z.p. 1895).
- Made, J.H. van der en L.M.C. Savelkoul, 'Particulier initiatief in de gezondheidszorg', in: J.G.A. van Mierlo en L.G. Gerrichhauzen, *Het particulier initiatief in de Nederlandse verzorgingsmaatschappij. Een bestuurskundige benadering* (Lochem 1988) 76-98.
- Mannoury, J., 'De ontwikkeling van het sociale zekerheidsstelsel', in: F.L. van Holthoorn, *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en samenhang* (Assen 1985) 187-202.
- Mierlo, J.G.A. van, '1. Particulier initiatief in bestuurs- en beleidswetenschappelijk perspectief: maatschappelijk ondernemerschap als moderniseringsstrategie?', in: P. de Jong, J.H. van der Made en J.G.A. van Mierlo, *Gezondheidszorg in de jaren negentig: op weg naar maatschappelijk ondernemerschap?* (Amsterdam 1993) 19-39.
- Mierlo, J.G.A. van, *Het particulier initiatief in de Nederlandse verzorgingsstaat* (Lochem/Gent 1988).
- Mierlo, J.G.A. van (red.), *Particulier initiatief in de gezondheidszorg* (Assen/Maastricht 1991).
- Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, *Samenwerking van ziekenhuizen. Onderling en met ziekenfondsen* ('s-Gravenhage 1959).
- Mulder, R., *De gemeente Zeist. Een economische en sociaal-geografische studie* (Rotterdam 1943). *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTvG).

- Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *De ziekenfondsactie van de Nederlandsche maatschappij tot bevordering der geneeskunst. Uitgegeven door de Nederlandsche maatschappij tot bevordering der geneeskunst* (Haarlem 1918).
- Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport omtrent den toestand der ziekenfondsen in Nederland* (2 dln.; Amsterdam 1901-1907).
- Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. 1914-1989. *Een uitgave ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan van de NMT* (Nieuwegein 1989).
- Nijhof E., P. Schrage en M. Schurkenboom, *De Geesel van onze tijd. Een onderzoek naar werklozenbeleid en werkloosheidsbeleving in de jaren dertig te Utrecht* (Leiden 1983).
- Noordhoff, F.S., *Het N.V.V. en het ziekenfondswezen* (Amsterdam 1933).
- Noordhoff, F.S., *Inleiding over de beteekenis van de Ziekenfondswet. Uitgesproken ter algemeene vergadering van de Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen, gehouden te Utrecht op 7 juli 1931. Met verslag van de gedachtenwisseling* (Utrecht 1931).
- Noort, O. van, *Het honorariumconflict van 1966 - 1967. Hoe huisartsen en ziekenfondsen het abonnementshonorarium betwistten* (Doctoraalscriptie EUR; Rotterdam 1993).
- Okma, G.H., *Studies on Dutch health politics, policies and law* (Dissertatie; Utrecht 1997).
- Oud, P.J., *Honderd jaren. Een eeuw van staatkundige vormgeving in Nederland. 1840-1940* (Assen 1971).
- Pas, D., 'Beknopt overzicht van de ambachts- en fabrieksnijverheid in Nederland over 1869', *Tijdschrift van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering van de Nijverheid* 33 (1970) 299-345.
- Pruijssers, N. en J.W.J. Siebers, *Ziekenfondswet*, Editie Schuurman & Jordens (Zwolle 1980).
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening, *Volksgezondheid met beleid. Verkenningen van een breukvlak* (Zoetermeer 1996).
- Rapport der Commissie tot onderzoek naar de mogelijkheid meer eenheid te brengen in het Ziekenfondswezen in ons land* (Zeist 1925).
- Rapport over de ziekenfondsen te Amsterdam. Uitgebracht door de Ziekenfondscommissie, ingesteld bij Besluit van 25 October 1897 door de Afdeling Amsterdam van de "NMG"* (Amsterdam 1900).
- Reorganisatiecommissie van de Landelijke Federatie, *Rapport* (Utrecht 1932).
- Rigter, R.B.M., *Met raad en daad. De geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985* (Rotterdam 1992).
- Rombach, K.A., *Honderd jaren Utrechtsche Geneeskundige Kring* (z.p. z.j.).
- Romein, J. en A., *De lage landen bij de zee. Een geschiedenis van het Nederlandse volk* (Amsterdam 1973).
- Romijn, W., *Welvaart en gezondheid* (Amsterdam 1955).
- Roscam Abbing, H. en F.F.N. Rutten, *Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland. Een economisch-juridische studie* (Deventer 1985).
- Rutten, W.J.M.J., 'Mortaliteit en medicalisering. Een regionaal-differentiële analyse van de sterfte zonder geneeskundige behandeling in Nederland' in: *Holland* 17 (1985) 130-160.
- Sauër, H.C., *Geneeskundige verzorging van de minvermogene zieke in Nederland* (Amsterdam 1935).
- Schepers, R.M.J., 'Geneescheeren, medische armenzorg en ziekenfondsen in België in de negentiende eeuw', *Tijdschrift voor de Geschiedenis, de Geneeskunde, Natuurwetenschappen en techniek*, 14 (1991) 14-39.
- Schepers, R.M.J. en A.C. Nievaard, *Ziekte en zorg. Inleiding in de medische sociologie* (Leiden 1990).
- Schrijvers, A.J.P., *Een kathedraal van zorg, een inleiding over het functioneren van de zorgverlening* (Utrecht 1993).
- Schrijvers, A.J.P., *Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg* (Lochum 1980).
- Schrijvers, A.J.P. en G.J.M. Boot, *Een halve eeuw gezondheidszorg* (Lochum 1983).
- Schut, F.T., *Competition in the Dutch health care sector* (Rotterdam 1995).
- Schuurmans Stekhoven, W., *Het Nieuwe Ziekenfondsrecht. Handboek voor de praktijk* (Deventer 1942).
- Schuurmans Stekhoven, W., 'Nieuwe lijnen voor een nieuwe ziekenfondswet', in: *Sociale Zekerheidsgids* 2 (1952).
- Sluyters, B., 'Gezondheidszorg', in: W.Th. G. Derksen, G. Drupsteen en W.J. Witteveen (red.), *Terugtrek van de regelgevers: meer regels, minder sturing?* (Zwolle 1989) 201-212.
- Smit, W.B., *Het vraagstuk der ziekenhuisverpleging voor de gemeenten* (Haarlem 1939).
- Stal, P.L., e.a., *Honderd jaar staatstoezicht op de volksgezondheid* (z.p. z.j.).

- Stichting van den Arbeid, *Rapport inzake de toekomstige organisatie van het ziekenfondswezen* (z.p. 1949).
- Struick, J.E.A.L., *Utrecht door de eeuwen heen* (Utrecht 1968).
- Studiecommissie ziekenfondsverzekering, *Rapport betreffende de werkgebieden der ziekenfondsen en de gevolgen van het werken van twee of meer fondsen in hetzelfde gebied* (Amsterdam 1958).
- Studiecommissie ziekenfondsverzekering, *Rapport van de subcommissie grondslagen ziekenfondsverzekering* (Amsterdam 1958).
- Studiecommissie ziekenfondsverzekering, *Rapporten betreffende de grondslagen der ziekenfondsverzekering en de werkgebieden der algemene ziekenfondsen* (Amsterdam 1959).
- Swaan, A. de, *Zorg en de Staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd* (Amsterdam 1989).
- Teeuwen, R.T.S.M., *Ontwikkeling Doelstelling Ziekenfondsen en hun Landelijke Organisaties* (Zeist 1993).
- Teeuwen, R.T.S.M. (red.), *Jaarboek HiZ 1995. Een greep in het saillante verleden van de ziekenfondsen* (Zeist 1996).
- Tien Jaren conflict. *Wat eraan voorafging en wat er op volgde. Uitgave ter herdenking van het conflict dat op 1 mei 1925 uitbrak tussen de Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst en de Coöp. 'De Volharding' U.A. te 's-Gravenhage, 1 mei 1935* (z.p. 1935).
- Tijn, T. van, 'Het sociale leven in Nederland 1844-1875', in: J.C. Boogman e.a., *Geschiedenis van het moderne Nederland. Politieke, economische en sociale ontwikkelingen* (Houten 1988) 193-227.
- Timmer, E.M.A., *Knechtsgilden en knechtsbossen in Nederland. Arbeidersverzekering in vroeger tijden* (Haarlem 1913).
- Tweede Kamer, *Modernisering zorgsector, weloverwogen verder* ('s-Gravenhage 1992).
- Valk, L. A. van der, *Van pauperzorg tot bestaanszekerheid. Een onderzoek naar de ontwikkeling van de armenzorg in Nederland tegen de achtergrond van de overgang naar de Algemene Bijstandswet, 1912-1965* (Amsterdam 1986).
- Valk, L.A. van der, *Mutual societies in the Netherlands and the state in the nineteenth century.* (Overdruk van een lezing van de Ninth British-Dutch conference on labour history; 1995)
- Valk, L.A. van der, 'Zieken- en begrafenisfondsen in de negentiende eeuw: traditie en vernieuwing', in: *NEHA-jaarboek voor economische, bedrijfs- en technische geschiedenis*, 59 (1996) 162-210.
- Vaste commissie voor VWS, *Verslag van een algemeen overleg van de vaste commissie voor VWS met minister Borst-Eilers over de brief van 11 juli 1996 inzake uitvoeringsorganen volksgezondheid en zorggerelateerde dienstverlening, 4 november 1996* ('s-Gravenhage 1996).
- Velden, H.F. van der, 'Het solidariteitsspel', in: Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening, *Volksgezondheid met beleid. Verkenningen van een breukvlak* (Zoetermeer 1996) 15-39.
- Velden, H.F. van der, 'Collectivisering en solidariteit in de Nederlandse gezondheidszorg: een historisch perspectief', *Gezondheid 1* (1993) 264-281.
- Velden, H.F. van der, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941. Medische armenzorg, ziekenfondsen en de verenigingen voor ziekenhuisverpleging op nationaal en lokaal niveau (Schiedam, Roordahuizum en Amsterdam)* (Dissertatie; Rotterdam 1993).
- Veldkamp, G.M.J., *Herinneringen 1952-1967. Le carnaval des animaux politiques* ('s-Gravenhage 1993).
- Veldman, J., *Geschiedenis Ziekenfondswezen* (Typescript; z.p. 1946).
- Veltheer, W., *Heelkunde te Utrecht op het breukvlak van twee eeuwen. Een onderzoek naar de lotgevallen van de universitaire kliniek in de periode van 1890 tot 1910* (Zeist 1989).
- Verslag van de Commissaris, belast met het Toezicht op de ziekenfondsen over het tijdvak..., in: *Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid*, 1941-1948.
- Vijfvinkel, R., K.P. Companje, W.J. de Geus en M.M. Hegener, *'s Haags Werken en Werkers. 350 jaar Gemeentewerken, 1636-1986* ('s-Gravenhage 1986).
- Vos, G. de, *De rechtsvorm van de Algemene Ziekenfondsen* (Ijmuiden 1954).
- Vries, J. de, 'Het economisch leven in Nederland 1914-1918', in: J.C. Boogman e.a., *Geschiedenis van het moderne Nederland* (Houten 1988) 360-397.
- Vries, J. de, *De Nederlandse economie tijdens de 20ste eeuw* (Bussum 1983).
- Vries, Ph. de, *MC 1941-1945. Geschiedenis van het verzet der artsen in Nederland* (Haarlem 1949).
- Vries-Bruins, A.E.J. de, *Het Ziekenfondswezen in Nederland* (z.p. 1936).
- Waaiker, Th., *Democratisering van de ziekenfondsen een haalbare kaart?: poging tot een historisch maatschappelijke analyse van het ziekenfondswezen* (Doctoraalscriptie; Leiden 1980).

Wat is het COTG? (Utrecht 1995).

Wolff, L.J. de (red.), *De Prijs voor de Gezondheid. Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven 1965-1982* (Baarn 1984).

Woltjer, J.J., *Recent verleden. De geschiedenis van Nederland in de twintigste eeuw* (Amsterdam 1992).

Woude, A.M. van der, 'Bevolking en gezin in Nederland', in: F.L. van Holthoon, *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en Samenhang* (Assen 1985) 19–61.

Zeven, P.A., *Ziektekostenverzekering* (Amsterdam 1963).

'Ziekenfondsbesluit, Besluit van de Secretaris-Generaal van het departement van Sociale Zaken betreffende het ziekenfondswezen', in: *Verordeningenblad voor het bezette Nederlandse gebied*, 160 (1941).

Ziekenfondsorganisatie-commissie, *'Plan Heerlen' betreffende de reorganisatie van het Ziekenfondswezen in Nederland* (Heerlen 1949).

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

Ziekenfondsraad, *Rapport Evaluatie Overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, 673 (1995).

Ziekenzorg. Maandblad voor de leden van de Algemeene Utrechtsche Vereeniging voor Genees-, Heel- en Verloskundige Hulp.

Afkortingen

(E)UHV: (Erkende) Utrechtsche Huisartsen Vereeniging
(E)USV: (Erkende) Utrechtsche Specialisten Vereeniging
(K)NMG: (Koninklijke) Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
(K)NMP: (Koninklijke) Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie
A&O: Algemeen Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken
ANOZ: Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds
ARA: Algemeen Rijksarchief
AUZ: Algemeen Utrechtsch Ziekenfonds
AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZ: Amersfoortsch Ziekenfonds
AZA: Algemeen Ziekenfonds Amsterdam
AZIJ: Algemeen Ziekenfonds voor de Ijsselmond
Bond van R.K.-Ziekenfondsen: Bond van Rooms-Katholieke Ziekenfondsen
CAK: Centraal Administratiekantoor
CB: Centraal Bureau voor Ziekenfondszaken (NMP-commissie)
CBC: Stichting Centrale Begeleidingscommissie voor Medische Controle
CBOZ: Centrale Bond van Onderling Beheerde Ziekenfondsen
CBZ: Centrale Bond van Ziekenfondsen
CC: Centrale Commissie (ziekenfondscommissie van de katholieke vakbond)
CCZ: Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen
CNV: Christelijk Nationaal Vakverbond
CO: Centrale Organisatie (NMG-ziekenfondsorganisatie)
COTG: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
COZ(1): Centraal Overleg van Ziekenfondsorganisaties
COZ(2): Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven
CV: Centrale Vertegenwoordiging der specialisten (NMG-commissie)
CvB: Commissie voor Beroepsbelangen (NMG-commissie)
CvT: Commissie van Toezicht op het Utrechtsche Ziekenfondswezen
DB: Dagelijks Bestuur van de NMG
DGVP: Dienst Geneeskundige Verzorging Politie
Federatie V.M.Z.: Federatie van Vereenigde Maatschappij Fondsen, na 1952 van Verzekerden en Medewerkers
FOG: Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg
FOZ: Financieel Overzicht Zorg
GAA: Gemeentearchief Amersfoort
GAU: Gemeentearchief Utrecht
GAZ: Gemeentearchief Zeist
GBZ: Gemeenschappelijk Bureau Ziekenfondsorganisaties
GGD: Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
GOZ: Gemeenschappelijk Overleg Ziekenfondsen
HB: Hoofdbestuur van de NMG
HC: Huisartsen Commissie (NMG-commissie)
HO: Huisartsen Organisatie (NMG-organisatie)
HOU: Onderafdeeling Utrecht der Huisartsenorganisatie
KAB: Katholieke Arbeidersbeweging
KLOZ: Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars
LHV: Landelijke Huisartsen Vereniging
LISZ: Landelijk Informatie-Systeem voor Ziekenfondsen
LSV: Landelijke Specialisten Vereniging
NAZ: Nederlandsch Algemeen Ziekenfonds
NMT: Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde
NOZ: Nederlands Onderling Herverzekeringsinstituut voor Ziektekosten
NTvG: Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde
NVV: Nederlandsch Verbond van Vakverenigingen
NVVZA: Nederlandse Vereniging van Ziekenfondsartsen
NZ: Nieuw Ziekenfonds

OvU: Maatschappijfonds De Omstreken van Utrecht
pk: progressieve korting
RAU: Rijksarchief in Utrecht
RCvT: Regionale Commissie van Toezicht
RKWV: Rooms-Katholiek Werklieden Verbond
RUCB: Recepten Utreken en Codeer Bureau
RVB: Rijksverzekeringsbank
RZ: Rotterdamsch Ziekenfonds
RZMN: Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland
SAZ: Stichting Autonome Ziekenfondsen
SAZU: Stads en Academisch Ziekenhuis Utrecht
SC: Specialisten Commissie (NMG-commissie)
SIG: Stichting Samenwerkende Instellingen in de Gezondheidszorg
SISAZ: Stichting Instituut Samenwerkende Ziekenfondsen
SO: Specialisten Organisatie (NMG-organisatie)
SOAZ: Stichting Organisatie en Automatisering Ziekenfondsen
SOU: Onderafdeeling Utrecht der Specialisten Organisatie
SSZU: Stichting Samenwerkende Ziekenfondsen te Utrecht
STAG: Stichting Algemene Gezondheidszorgvoorzieningen
SUZ: Stichting Utrechtsch Ziekenhuisverplegingsfonds
thc: tandheelkundig centrum
VAC: Verwijzing Arbitrage Commissie
VBK: Verbindingskantoor
VHZ: Voorzorg en Hulp bij Ziekte
VNZ: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
VUZBTV: Vereeniging van Utrechtsche Ziekenfondsen tot bevordering van tandheelkundige verzorging
WTZ: Wet Toegang Ziektekostenverzekering
WVG: Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
ZAO: Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken

Lijst van in de tekst opgenomen tabellen

- 1.7 De minvermogende beroepsbevolking, 1830-1851
- 1.9 Premiebetalenden bij de Voorzorg, 1841-1869
- De ziekenfondsen in de regio Midden-Nederland met premiestelling, ledentallen en verstrekkingen
- 2.1 Verzuimdheidsgraad in procenten bij het maatschappelijk werk, onderwijs en opvoeding, vrije jeugdvorming, pers, sport, zieken- en gezondheidszorg, cultuur en werknemersorganisaties
- 2.1 De in de industrie betaalde loonsom met de koopkracht in de periode 1924-1932
- 2.1 Uitgavenpatroon van een Amsterdams gezin, 1918-1930
- 2.1 Inkomensverdeling in procenten van het Nationaal Inkomen, 1919-1929
- 2.5 Aantal ziekenfondsverzekerden als percentage van de bevolking, 1902/'3-1941
- 2.5 Schatting van de kosten in guldens van het volledige ziekenfondspakket per 1.000 inwoners
- 2.8 Totale kosten in guldens van het verstrekkingenpakket, de zielenstanden op 31 december en de kosten per ziel van Amersfoort en Omstreken, 1932-1940
- 2.11 Kosten van een verzekerde bij Hulp bij Ziekte per half jaar in 1914
- 2.12 Kosten van het verstrekkingenpakket van Ziekenzorg in guldens, 1918-1923
- 2.13 Aantallen betalende verzekerden op 31 december/1 januari 1926-1933
- 2.13 Gemiddelde huisartsenpraktijk grootte, berekend aan de hand van het aantal op 31 december/1 januari bij de arts ingeschreven betalende verzekerden, 1926-1933
- 2.13 Gemiddelde apothekerspraktijk grootte, berekend aan de hand van het aantal op 31 december/1 januari bij de apotheker ingeschreven betalende verzekerden, 1926-1933
- 2.13 Betaalde honoraria en de gemiddelde honorariumkosten in guldens per betalende verzekerde, 1926-1932
- 2.13 Kosten in guldens van de verstrekking van genees- en verbandmiddelen, 1926-1932
- 2.14 Zielenstanden van de Utrechtse fondsen op 31 december, 1934-1941
- 2.14 Berekening van de kosten per ziel in guldens van geneeskundige hulp, tandheelkunde en geneesmiddelenverstrekking bij Ziekenzorg
- 2.14 Berekening van de kosten per ziel in guldens van geneeskundige hulp, tandheelkunde en geneesmiddelen bij de contractfondsen Liduina, RZ, NAZ, en VHZ, 1936-1940
- 2.14 Kosten in guldens per ziel van de farmaceutische hulp voor Ziekenzorg en de contractfondsen, 1936-1940
- 3.7 Mutaties in het medewerkersbestand in de buitengemeenten, 1942
- 3.7 Verzekerdenstanden per 31 december, 1940-1945
- 3.7 Totale kosten in guldens van de vrijwillige verzekering, de gemiddelde zielenstanden en de kosten per ziel volgens de exploitatieoverzichten uit de jaarverslagen en de Staat-08, 1950-1985
- 3.7 Totale kosten in guldens van de verplichte verzekering, de gemiddelde zielenstanden en de kosten per ziel volgens de exploitatieoverzichten uit de jaarverslagen en de Staat-08, 1950-1985
- 3.8 Verschil in specialistische consultaties tussen Utrecht en het plattelandswerkgebied van de Omstreken van Utrecht, 1933-1944

Summary

This study discusses the relationship between physicians and collective health-insurance funds at the national tier in the Netherlands and at the regional tier of 'Midden-Nederland'. This region consists of the urban areas of Utrecht, Amersfoort and Zeist, i.e. the larger part of the Province of Utrecht and the western part of the Province of Gelderland.

Historical research reveals the nature of the relationship between these parties, the manner in which it developed over the years and the factors that affected this relationship. National and regional development of the relationship are compared. Policy making and implementation of collective health-insurance funds with its attendant conformity and difference, nationally and regionally, are the central focal point.

Two types of relationship are distinguished: conflict relationships and harmony relationships. In the former the partners are hardly or not at all prepared to harmonise their objectives or adjust their interests and ideologies. If neither of the partners may dominate the other there is an inconclusive power game, a delicate balance of power. Harmony relationships aim at completely or partly coinciding objectives and partners are prepared to cooperate, a stable balance of power.

Two groups of factors have affected the physicians-funds relationship: those factors that directly concern the relationship and external developments. The former are the ideas and the characters of the people involved, ideology, mutual dependency, social emancipation of the professions, power, collectivisation and concentration. External factors may be economic and social developments, such as economic growth and recession, war, occupation and peace, compartmentalisation, relationship with the authorities, influence of the trade unions, development of medical science and growth of health care.

After 1930 scale increase in the relationship became important. Examples of scale increase are umbrella organisations, mergers of organisations and increasingly central protection of interests. Three types of scale increase may be distinguished: collectivisation, concentration and regionalisation. Collectivisation is transferring power to higher bodies, such as umbrella organisations. Concentration is the merger of equivalent bodies. Regionalisation is composing a region with a coherent system of health-care provisions, resources and insurance.

After 1941 scale increase got a pragmatic character. Pragmatism implies that the physicians-funds relationship was increasingly decided by regulation, material interests and cooperation in policy making in health care rather than by the struggle for ideological principles or the administrative power of the funds as was the case in the previous period.

Until 1941 collective health-insurance funds, physicians and pharmacists, who had become a rather important second group of care providers in the relationship, had been free as to how to organise collective health-insurance funds: the collective health-insurance funds market. On 1 November 1941 the Collective Health Insurance Law was introduced and it put a stop to this market. As a consequence the influence of the central government on collective-health insurance funds and the relationship increased more and more.

The relationship may be divided into three periods: 1827 to 1908, 1908 to 1940 and 1940 to 1996. Each period is a part of this study.

Part I describes the development of the relationship between physicians and collective health-insurance funds from 1827 to 1908. In 1827 the first collective health-insurance fund, Societeit Voorzorg, was founded in 'Midden-Nederland'. In 1908 there was a delicate balance in the relationship physicians-funds, nationally. The latter had not yet been organised in umbrella organisations. There were various types: commercial funds, mutual-workers funds, physicians' funds and small, compartmentalised funds. The commercial funds had a bad reputation due to their financial

management and the position of the contracted physicians and pharmacists.

Physicians had diverse interests in the funds. The largest group of patients, i.e. those who did not qualify for medical poor-help and could not afford to pay the private rates, were offered the opportunity by the funds to receive medical care via collective arrangements at a fixed premium. Physicians were paid a subscription fee per patient per year. The funds enabled them to build up their practice. They enjoyed social status as a profession and could practise their medical call. Since 1849 they had been united in their umbrella organisation, NMG (i.e. Netherlands Society for the Advancement of Medicine).

Locally and nationally, the physicians tried to improve the wrongs of collective health-insurance funds. In 1901 and 1904 the central government and NMG introduced bills and policy statements on collective health-insurance funds. In 1908 NMG announced its policy for the next few decades: funds administration boards, composed of staff and patients' representatives, income limits, free choice of physician, subscription fees for the GP and fees per operation for the medical specialist. The central government was allowed only to draw up directives and supervise the funds, which were allowed to organise their own affairs locally supervised by local experts.

Collective health-insurance funds were implemented, locally. The 'Midden-Nederland' system of funds had developed its own characteristics after 1893.

The physicians-funds relationship was a harmonious one and was dominated by GPs, who had taken over the leading commercial funds from their managements in the region. They were pragmatic, cooperated with the pharmacists, both officially and unofficially, to protect their interests. In Zeist, Utrecht and Amersfoort the physicians and the pharmacists had the largest market share with their funds. They dominated after 1905 so that the mutual-workers funds, Ziekenzorg and Liduina, had to adjust to the conditions drawn up by the physicians of the Utrecht department of the NMG in 1905. One of these conditions, which recognised funds had to comply with, was the 'recognition list'. In spite of the authority of the physicians and pharmacists the regional funds knew no uniform management, provisions or fees.

Nationally and regionally, 1908 marked the end of the first period.

Nationally, NMG had drawn up the first national policy directives. GPs and specialists started to act in professional bodies to protect their interests. This marks the beginning of their professional emancipation. In 1908 the Utrecht department of NMG had sufficiently developed its 'recognition list' as an instrument to settle local fund affairs. Locally and regionally, physicians and pharmacists cooperated to protect their interests in the funds.

Part II describes the period 1908-1940, in which the physicians, nationally, together with their NMG further defined their funds policy via binding decrees. These for instance concerned regulation of relationships between the funds and their staff via local, collective contracts and the organisation of funds jointly administrated by patients and staff, the so-called Society funds. Together with the 1908 Policy these decrees were the basis of the organisation of the funds until the introduction of the 1941 Health Insurance Law.

In 1913 the mutual-workers funds reacted to the NMG decrees and formed the first funds umbrella, the National Federation for the Advancement of Collective Health Insurance Funds. These organised funds immediately became the physicians' most important opponent in the health insurance funds. The NMG physicians could now negotiate collective agreements with a cluster of funds, but they could also argue about ideology, physicians' and fund's interests and the organisation of a system of national health-insurance funds.

The introduction of the Sickness Benefit Law in 1930 stimulated the competition between the physicians and the mutual funds because the Law coupled payment of sickness benefits to proper medical treatment. This could be proved by fund membership. The NMG physicians responded by founding Society funds, which flourished throughout the country. The National Federation and the trade unions considered them a threat to the mutual funds.

In 1929 the trade unions and the National Federation decided to cooperate in order to reinforce the mutual funds. This was not always a happy cooperation. The trade unions not only saw the funds as health-care insurance, but also as a political instrument, whereas the National Federation wanted to

keep the funds out of politics so as not to deteriorate the relationship with the physicians further. In spite of this the relationship between NMG and the mutual funds was one of conflicts from 1929 to 1940. It was dominated by polarisation, dividing power between the insured and the physicians on the administrative boards of the funds.

A result of compartmentalisation for the national funds was that the central government did not assume state health-insurance funds when developing laws on the subject. Instead, the central government had the insurance implemented by existing funds, which were to meet recognition requirements. The confessional parties, which dominated Dutch politics, wanted social laws to be implemented by social organisations. The catholic compartment developed its own, local and regional, mutual funds and tried to reach agreement with NMG on the application of catholic, moral principles in the funds.

Between 1908 and 1940 the similarities and differences between national and regional funds concerned the phasing in the physicians-funds relationship, polarisation, the role of compartmentalisation, persons involved, emancipation of professions and the manner in which the 'Midden-Nederland' funds flourished, whereas efforts to organise a national system of funds failed.

The ideological differences in the physicians-funds relationship concerned the composition of the funds boards with exclusively insured patients or participation of physicians and pharmacists, freedom to choose one's physician or physicians on the payroll and the use of their own centres, so that the funds themselves could provide their insured with health care.

Relations between prominent people in the funds and physicians of 'Midden-Nederland' and national celebrities were strong and greatly affected national and regional developments. That is how the division between GPs and specialists was stimulated. Just as before 1908 the two groups derived a large part of their recognition as professionals from their cooperation with the funds. This development depended on the strength with which they could manifest themselves, locally or regionally, influenced by national developments.

The most important difference between the regional and national tier in the physicians-funds relationship was the manner in which the 'Midden-Nederland' tier managed to flourish and the national tier did not. Neither through conference nor legislation did the government, the organisations of physicians and other fund staff, the fund organisations and the trade unions manage to reach agreement for all parties concerned. Since 1922 the trade unions NVV (Netherlands Union of Trade Unions) and CNV (Christian National Trade Unions) had been involved in the matter of the funds at the request of NMG. Ideological differences between the trade unions, the National Federation of Mutual Funds and NMG were virtually unbridgeable between 1922 and 1929. This was to be the peaceful period of the Unification Committee in which relations were harmonious. The differences caused serious conflicts in the periods between 1912-1922 and 1929-1940, times of polarisation between the National Federation and NMG. The government could not possibly make legislation due to the delicate balance of power between the funds and the physicians. Regionally, the funds and the physicians were able to develop a viable system. For this purpose they used the directives developed by NMG in 1908: binding decrees and principles concerning the composition of fund boards, placing influence with the insured, freedom of staff choice, the choice of fee systems, organisation of audit and advisory bodies and local income limits. These were adjusted to the local situation. In 1940 the 'Midden-Nederland' system was supported by three pillars: the system of collective agreements further developed locally, in Utrecht, three funds in Utrecht, Zeist and Amersfoort managed by staff and patients (two of these were regional Society funds and one a Utrecht mutual fund with a full package of centres). The system consisted of a voluntary health-insurance fund covering GP and outpatients' care, dental care, medicines, prostheses and appliances and minor provisions, and supplementary insurance for hospital care, medical specialists' care and home care. This system was financed by nominal weekly premiums. It was affordable for the insured and it guaranteed good-quality health care. The staff were paid proper fees and it continued to develop. Compartmentalisation was out of the question. The catholic Utrecht fund joined the collective agreements.

In the third period, 1940-1996, the government's influence on health-insurance funds increased since the introduction of the 1941 Health Insurance Funds Law. The special circumstances at the beginning of the occupation in 1940 interrupted the delicate balance of power between the mutual funds, the Society funds and the medical professional organisations. They all had to accept the Health Insurance

Funds Law imposed by the Germans. Government, funds and physicians cooperated harmoniously when implementing this Law.

This Law forced the funds officially into line. They were forced to contract, were no longer allowed to select their own working areas and, as far as compulsory insurance was concerned, they had to provide a package of provisions defined by the government. The Law determined the structure of the national system of health-insurance funds. In 1949 the government instituted the Health Insurance Fund Council, which was to supervise the funds.

The system of collective agreements between the funds and their staff shifted from a regional to a national level after 1945. After that the agreements were concluded by the national umbrella organisations of the funds and the fund staff. They gradually lost their freedom of negotiating the health-care tariffs because the government assumed increasing influence on the determination of these tariffs.

All funds recognised by the government, also the mutual insurance funds and the Society funds lost their status of independent organisation and, in accordance with the Health Insurance Funds Law, they became executive body of the collective health-insurance funds. Physicians and funds retained limited freedom when drawing up policy for voluntary insurance, supplementary insurance, the use of their own centres, administrative organisation of the funds, the manner in which they organised cooperation, their choices for concentration and regionalisation and how to work out these options. Thus the ideology factor lost importance for the physicians-funds relationship and was replaced by scale increase and pragmatism. After 1960 pragmatism was stimulated as the influence of compartmentalisation lost ground. The social and economic developments affected the developments of the system of the national health-insurance funds and the relationship with the physicians more than the regional relations. Regulation of compulsory insurance, government policy, policy of the medical professional organisations and the funds umbrellas and the development and implementation of national agreements were also directed by social and economic developments. When developing their own regional policy for insurance, cooperation and steering of health care, physicians and funds had to comply with national regulation.

The government and umbrella organisations of physicians and funds expressed ideas on insurance, financing, policy and development of health care. These were used by physicians and funds in 'Midden-Nederland' when they were faced with concentration, regionalisation, and for their own policy on insurance and health care, but in their own good time and adjusted to their own, regional, circumstances. The concentration of regional funds into one organisation was a process that started in 1946 with the merger of two catholic funds in the Utrecht area and was concluded in 1992 with the merger of the last Amersfoort and Utrecht funds. That is how the working area 'Midden-Nederland' came into being.

A more business-like approach, regionally and nationally, made physicians give up their administrative duties. This resulted in a clearer distinction between physicians as care providers and funds as insurers. This development was nationally acknowledged by KNMG in 1952 when the Society funds became independent.

Regionally, this took place in 1992 when the Utrecht and Amersfoort funds merged into a big 'Midden-Nederland' fund, ANOVA. This process was the result of the ideas and measures developed and taken since 1985 by the government, the funds organisations and all other health-care insurance organisations. Some examples of these measures are: discontinuation of compulsory contracting, freedom of work area and responsibility for financial management.

Limited competition was to reduce the cost of health care. The old phrase - collective health-insurance fund - was to be replaced by a more up-to-date one: care insurer.

In this concentration the old administrative structure of the funds, i.e. jointly by staff and insured, was discontinued. The power for policy and management of the insurance was no longer directly in the hands of the insured, the physicians and other professional parties involved in health care, but was now held by the management of the care insurer. After 1930 the position of the fund administrators had become increasingly important. Professionalisation of fund administration was started as a result of the success of the collective agreements which made demands on the administrative organisation. This was increased by government regulations since the introduction of the Health Insurance Funds Law, by larger organisations due to concentration, and by automisation. As a result of personal performance

the fund managers were able to increase their influence on the administration and management of the funds at the cost of the power of the boards of directors. Administrative changes after the concentration in 'Midden-Nederland' in 1992 mark the end of this development.

This study was concluded in 1996. On 1 January 1997 the 'Midden-Nederland' work area of ANOVA was merged with the Amsterdam care insurer, ZAO. It marked the end of an independent development of the physicians-funds relationship in 'Midden-Nederland'.

The book is concluded with observations on regionalisation in health care as the offspring of the physicians-funds relationship, the limitations of competition in the Dutch system of collective health-insurance funds, the use of the funds' own centres and the answer to the question of this study.

Curriculum

Karel-Peter Companje werd op 23 oktober 1955 geboren te Schiedam. In 1974 haalde hij het VWO-diploma en studeerde van 1974 tot 1981 geschiedenis aan de Rijksuniversiteit Leiden.

Hij werkte sinds 1988 als archivaris bij het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland, na 1992 van RZMN/A&O en ANOVA-Verzekeringen. Tijdens het inventariseren van de archieven van de rechtsvoorgangers van ANOVA-Verzekeringen kreeg hij belangstelling voor de geschiedenis van de ziekenfondsverzekering en de gezondheidszorg.

Stellingen

1. Het belang van het door de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de periode 1908-1914 geformuleerde ziekenfondsbeleid kan moeilijk worden overschat. Dit leidde tot het door de artsen en fondsen zelf ontwikkelde stelsel dat in 1941 op lokaal en regionaal niveau in de verzekering van de gezondheidszorg van het grootste deel van de Nederlandse bevolking voorzag.
2. De ontwikkeling van het bloeiende lokale en regionale ziekenfondsbestel met organisaties van het particulier initiatief in Utrecht, Zeist en Amersfoort en de omringende gebieden werd doorbroken door de invoering van het Ziekenfondsenbesluit in november 1941. (Dit proefschrift)
3. Uit de geschiedenis blijkt niet dat een verzekering tegen geneeskundige hulp met een zeker financieel eigen risico een rem betekent op het invoeren van de hulp van de huisarts. (H.A.M. Ruhe, *Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954* (Assen 1957) 71.
4. De introductie van goede en goedkope Organon-insuline na 1930 maakte het de ziekenfondsen eindelijk mogelijk suikerpatiënten te verzekeren, die voorheen als zware risico's niet werden geaccepteerd. Vooral de artsen drongen op de invoering van deze insuline in de verstrekkingenpakketten aan, waarmee zij aantoonde dat niet de hoogte van hun ziekenfondshonorarium voor hen het belangrijkste was, maar het belang van hun patiënten. (Dit proefschrift)
5. De invoering van het Ziekenfondsenbesluit in 1941 betekende voor de specialistische en paramedische beroepsgroepen de landelijke doorbraak in hun strijd voor maatschappelijke erkenning en had daardoor hetzelfde belang als de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in 1968 voor de ziekenhuisverpleging, de verpleeghuiszorg, sociaal-psychiatrische hulpverlening en andere bijzondere voorzieningen. (Dit proefschrift)
6. Het ziekenfondswezen worde gezien als onderdeel der gezondheidszorg van het Nederlandsche volk [...] en worde dusdanig gereorganiseerd dat het "pasklaar" is als onderdeel van het algemeen gezondheidsplan, waarbij er rekening worde gehouden met datgene wat historisch gegroeid en als juist is erkend. (L.A. Wesley en A.A. Snooy, *Richtlijnen voor de reorganisatie van het Ziekenfondswezen* (Utrecht 1947) z.p.)
7. De invoering van medische verstrekkingen als tandheelkundige zorg, specialistische hulp en paramedische zorg voor 1941 was een geleidelijk proces, waarvan artsen en fondsenbesturen de noodzaak erkenden. De invoering hing af van de plaatselijke verhoudingen, de financiële mogelijkheden van de ziekenfondsen, de mate waarin de beroepsgroepen als de specialisten zich manifesteerden en de inventiviteit, waarmee verstrekkingen aanvullend werden verzekerd. (Dit proefschrift)
8. De traditie van de ziekenfondsverzekering en de relatie artsen-ziekenfondsen toont door de werking van de ziekenfondsverzekering in Midden-Nederland voor 1941 aan, dat vrije artsenuitvoering en uitschakeling van concurrentie tussen artsen en fondsen kunnen zorgen voor stabiele, lage premies en redelijke honoraria. Solidariteit tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is daar voor vereist.
9. Oorspronkelijk onderzoek, gebaseerd op archiefonderzoek en literatuurstudie, kan verhinderen dat dezelfde oude standpunten in de discussies over de reorganisatie van de zorg en de zorgverzekering steeds opnieuw worden herhaald. De energie die daardoor verloren gaat kan nuttiger worden besteed.
10. Promoveren is de beste duurttest voor een huwelijk.