

# 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup>

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.<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup>

### *De sociale verhoudingen en sociale wetgeving, 1814-1914*

De bevolking groeide van 2.202.191 in 1815 tot 5.858.175 in 1909.<sup>11</sup> De samenleving bestond rond 1850 uit de volgende groepen:<sup>12</sup>

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.<sup>13</sup> 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.<sup>14</sup>

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%.<sup>15</sup> *f* 7 was een gemiddeld weekloon<sup>16</sup>. 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.<sup>17</sup>

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 uitzien<sup>18</sup>:

- 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 onvermogen en minvermogen was voor de timmerman snel overschreden.

In de steden vormde 60-70% van de bevolking de onderste sociale groepen.<sup>19</sup> 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.<sup>20</sup> Werkloosheid was niet structureel, maar men werkte onregelmatig, afhankelijk van het aanbod en het seizoen.<sup>21</sup>

De scheiding tussen volks en fatsoenlijk bleef tot ver in de negentiende eeuw zeer strak.<sup>22</sup> 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.<sup>23</sup> 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.<sup>24</sup> 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.*<sup>25</sup> 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.<sup>26</sup> 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.<sup>27</sup> In 1903 braken spoorwegstakingen uit, waardoor voor de behandeling van dit stelsel in het parlement te weinig tijd over zou blijven.<sup>28</sup> 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.<sup>29</sup> 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%.<sup>30</sup> Deze loongroei was ongelijk verdeeld. De timmerman bleef gemiddeld  $f$  7 -  $f$  10 per week verdienen.<sup>31</sup> Hij bleef minvermogend. Zijn reëel besteedbaar inkomen groeide wel. Na 1880 daalden de prijzen van levensmiddelen en kleding.<sup>32</sup> 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.<sup>33</sup> 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 onvermogende, 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.<sup>34</sup>

### *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.<sup>35</sup> 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.<sup>36</sup>

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.<sup>37</sup> 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.<sup>38</sup> 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.<sup>39</sup> 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.<sup>40</sup> 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.<sup>41</sup> 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.<sup>42</sup>

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.<sup>43</sup> 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.<sup>44</sup> 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*.<sup>45</sup> 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:<sup>46</sup>

- 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.<sup>47</sup> 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.<sup>48</sup>

- 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.<sup>49</sup> In Amersfoort verstrekten de acht bussen, die na de Franse tijd waren overgebleven, begrafenisgeld.<sup>50</sup> In Utrecht bestonden nog 15 bussen. Deze hadden al voor de omwenteling van 1795 geen formele binding met de gilden meer.<sup>51</sup> 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.<sup>52</sup> 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.<sup>53</sup> 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.<sup>54</sup> 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.

Prévinaires 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.<sup>55</sup> 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.<sup>56</sup> 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.<sup>57</sup>

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.<sup>58</sup> 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 uitgesloten<sup>59</sup>. 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.<sup>60</sup> 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.*<sup>61</sup> 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.<sup>62</sup>

- 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.<sup>63</sup>

- de buurt waar een ziekenfonds gevestigd was.<sup>64</sup>

- 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.<sup>65</sup> 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.<sup>66</sup> 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:<sup>67</sup>

- 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*.<sup>68</sup> 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.<sup>69</sup> 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 Rorius 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.<sup>70</sup> 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.<sup>71</sup> 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 artsenijbereidkunst'. Door deze regelingen verdween de differentiatie in de medische beroepsstructuur, zoals die sinds de vorige wet uit 1818 had bestaan.<sup>72</sup> 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*.<sup>73</sup> 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.<sup>74</sup> 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.<sup>75</sup> 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.<sup>76</sup> 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.<sup>77</sup> 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.<sup>78</sup> 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.<sup>79</sup> 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.<sup>80</sup> 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.<sup>81</sup>

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.<sup>82</sup> 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.*<sup>83</sup> 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.*<sup>84</sup> 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.<sup>85</sup>

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.<sup>86</sup>

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.<sup>87</sup> Zo hielpen fondsdirecteur en kroegbaas elkaar een handje.

Na vier jaar windstille 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.<sup>88</sup> Goed voorbeeld deed goed volgen. Goudse artsen richtten in 1857 een eigen ziekenfonds op, gericht tegen de speculatie van de plaatselijke ziekenfondsen.<sup>89</sup> 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.<sup>90</sup> Door de instelling van een welstandsgrens werd de particuliere praktijk van de ziekenfondspraktijk afgeschermd en het inkomen uit de particuliere praktijk gegarandeerd.<sup>91</sup> 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.<sup>92</sup>

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.<sup>93</sup> 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.<sup>94</sup> De regering stelde aan grotere levensverzekeringsmaatschappijen wel eisen.<sup>95</sup> 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:<sup>96</sup>

- 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.<sup>97</sup> 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.<sup>98</sup> 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.<sup>99</sup> 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.<sup>100</sup> 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.<sup>101</sup> 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.<sup>102</sup> 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.<sup>103</sup> Het aantal inwoners per geneeskundige was gestegen van 1.383 in 1867 naar 2.258 in 1900.<sup>104</sup> 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.<sup>105</sup> 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.<sup>106</sup> 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.<sup>107</sup> Zij zou dan haar leden bij de uitoefening van de praktijk bindende voorschriften kunnen geven. In 1902 werd hiertoe beslist.<sup>108</sup>

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.<sup>109</sup>

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.<sup>110</sup> 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.<sup>111</sup>

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.<sup>112</sup> 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.<sup>113</sup> 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.<sup>114</sup> 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.<sup>115</sup>

In 1898 deed de afdeling Zaanland een nieuw voorstel voor een nieuwe landelijke onderzoekscommissie.<sup>116</sup> 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.<sup>117</sup> 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.<sup>118</sup> 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.<sup>119</sup>

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:<sup>120</sup>

- de verplichte verzekering van arbeiders in vaste loondienst;
- rechten, bestaande uit ziekgeld 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 ziekgeld, 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.<sup>121</sup> 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 scheidsrechters 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.<sup>122</sup> 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.<sup>123</sup> 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.<sup>124</sup> 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.<sup>125</sup>

##### *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.<sup>126</sup>

De fabrieksfondsen vormden een aparte groep. De werkgever was hierbij ook bestuurder en betaalde meestal een deel van de contributie.<sup>127</sup> 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.*<sup>128</sup> 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.<sup>129</sup> 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.<sup>130</sup> 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.<sup>131</sup>

#### *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.<sup>132</sup> 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.<sup>133</sup>

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!<sup>134</sup> 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.<sup>135</sup>

#### *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.<sup>136</sup> 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.*<sup>137</sup> 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.<sup>138</sup> 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.<sup>139</sup>

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.<sup>140</sup> 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!<sup>141</sup>

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.<sup>142</sup>

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.<sup>143</sup> 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.<sup>144</sup> 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.<sup>145</sup> In Engeland en Frankrijk waren stelsels ontwikkeld, die deels gebaseerd waren op particulier initiatief en deels op wetgeving.<sup>146</sup>

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 fondsjes, 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.<sup>147</sup> 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?

- <sup>1</sup>. Jan & Annie Romein, *De lage landen bij de zee. Een geschiedenis van het Nederlandse volk* (Amsterdam 1973) 446.
- <sup>2</sup>. P.J. Oud, *Honderd jaren. Een eeuw van staatkundige vormgeving in Nederland, 1840-1940* (Assen 1971) 3.
- <sup>3</sup>. H. Daalder, 'Politieke Instellingen en Politieke Partijen', in: F.L. van Holthoorn, *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en Samenhang* (Assen 1985) 306-307.
- <sup>4</sup>. P.J. Oud, *Honderd jaren*, 49.
- <sup>5</sup>. A. de Swaan, *Zorg en de Staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd* (Amsterdam 1993) 109.
- <sup>6</sup>. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 316.
- <sup>7</sup>. *Eene Katholieke Partij: Proeve van een Program*. De katholieke partij kreeg echter pas in 1923 haar definitieve naam, Rooms-Katholieke Staatspartij.
- <sup>8</sup>. P.J. Oud, *Honderd jaren*, 147.
- <sup>9</sup>. P.J. Oud, 175.
- <sup>10</sup>. H. Daalder, 'Politieke Instellingen en Politieke Partijen', 311.
- <sup>11</sup>. 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.
- <sup>12</sup>. 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.
- <sup>13</sup>. I.J. Brugmans, *Paardenkracht en mensenmacht. Sociaal-Economische Geschiedenis van Nederland, 1795-1940* (Leiden 1983) 194-195.
- <sup>14</sup>. L.F. van Loo, "*den arme gegeven...*" *Een beschrijving van armoede, armenzorg en sociale zekerheid in Nederland, 1784-1965*. (Tweede druk; Amsterdam 1987) 17.
- <sup>15</sup>. 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.
- <sup>16</sup>. W. Romijn, *Welvaart en gezondheid* (Amsterdam 1955) 160.
- <sup>17</sup>. R. Vijfvinkel e.a., '*s Haags werken en Werkers*, 100, 123.
- <sup>18</sup>. 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.
- <sup>19</sup>. L.F. van Loo, "*den arme gegeven...*", 23.
- <sup>20</sup>. L.F. van Loo, idem, 47.
- <sup>21</sup>. L.F. van Loo, *Arm in Nederland, 1815-1900* (Schagerbrug 1992) 32-33.
- <sup>22</sup>. J. Berting, 'In het brede maatschappelijke midden', 128.
- <sup>23</sup>. J. Berting, idem, 129.
- <sup>24</sup>. L.F. van Loo, *Arm in Nederland, 1815-1990*, 33.
- <sup>25</sup>. L.F. van Loo, idem, 68.
- <sup>26</sup>. P.J. Oud, *Honderd jaren*, 181.
- <sup>27</sup>. J. Mannoury, 'De ontwikkeling van het sociale zekerheidsstelsel', in: F.L. van Holthoorn, *De Nederlandse samenleving sinds 1815*, 190.
- <sup>28</sup>. P.J. Oud, *Honderd jaren*, 190.
- <sup>29</sup>. I.J. Brugmans, *Paardenkracht en mensenmacht*, 417.
- <sup>30</sup>. L.F. van Loo, "*den arme gegeven...*", 61.
- <sup>31</sup>. R. Vijfvinkel e.a., '*s Haags Werken en Werkers*, 125.
- <sup>32</sup>. R. Vijfvinkel e.a., idem, 108.
- <sup>33</sup>. L.F. van Loo, "*den arme gegeven...*", 57.
- <sup>34</sup>. 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*.
- <sup>35</sup>. J. Goudsmit, *Anderhalve eeuw dokteren aan de arts. Geschiedenis van de medische opleiding in Nederland* (Amsterdam 1978) 16-21.
- <sup>36</sup>. H.F. van der Velden, '*Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland*, 49.
- <sup>37</sup>. 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.

<sup>38</sup>. Idem.

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

<sup>40</sup>. 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.

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

<sup>42</sup>. D. Bosschaert, idem, 118.

<sup>43</sup>. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 33.

<sup>44</sup>. 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.

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

<sup>46</sup>. Gegevens beschikbaar gesteld door L.A. van der Valk.

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

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

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

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

<sup>51</sup>. 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.

<sup>52</sup>. K.P. Comanje, 'De Schiedamse ziekenfondsen rond de eeuwwisseling', *Scydam* 5 (1989) 160.

<sup>53</sup>. 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.

<sup>54</sup>. 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.

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

<sup>56</sup>. 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'.

<sup>57</sup>. 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.

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

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

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

<sup>61</sup>. 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.

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

<sup>63</sup>. K.P. Comanje, 'De Schiedamse fondsen rond de eeuwwisseling', 173.

<sup>64</sup>. 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,

<sup>65</sup>. 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.

<sup>66</sup>. 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.

<sup>67</sup>. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 243-244.

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

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

<sup>70</sup>. J.B. Jaspers, *Het medische circuit*, 6.

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

<sup>72</sup>. 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.

<sup>73</sup>. D. Cannegieter, *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet* (Assen 1954) 74.

<sup>74</sup>. D. Cannegieter, idem, 75.

<sup>75</sup>. P.C. Juffermans, *Staat en gezondheidszorg*, 117.

<sup>76</sup>. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 57.

<sup>77</sup>. E.S. Houwaart, *De hygiënisten*, 230-234.

<sup>78</sup>. E.S. Houwaart, idem, 324.

<sup>79</sup>. Idem, 310.

<sup>80</sup>. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 59.

<sup>81</sup>. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 244.

<sup>82</sup>. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 62.

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

<sup>84</sup>. 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.

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

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

<sup>86</sup>. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 159.

<sup>87</sup>. W.J. Leclercq, *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam*, 20.

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

<sup>89</sup>. Medeling van L.A. van der Valk.

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

<sup>91</sup>. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 56.

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

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

<sup>93</sup>. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 145.

<sup>94</sup>. 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.

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

<sup>96</sup>. J.B.J. Bollerman en J.N.J. Broenink, idem, 50.

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

<sup>98</sup>. 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.

<sup>99</sup>. 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.

<sup>100</sup>. NMG, idem, handelingen van de Algemene Vergadering van 8 en 9 juli 1889.

- <sup>101</sup>. Idem, handelingen van de Algemene Vergadering van 7 juli 1890.
- <sup>102</sup>. 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.
- <sup>103</sup>. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 57.
- <sup>104</sup>. H.F. van der Velden, idem, 57.
- <sup>105</sup>. 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).
- <sup>106</sup>. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 61.
- <sup>107</sup>. Afdeling Utrecht, inv.no. 5, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1898-1908, vergadering van 29 april 1898.
- <sup>108</sup>. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 60.
- <sup>109</sup>. H.C. Sauër, *Geneeskundige verzorging van den minvermogende zieke in Nederland*, 25-26.
- <sup>110</sup>. Afdeling Utrecht, inv.no. 4, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1891-1897, vergadering van 26 februari 1892.
- <sup>111</sup>. NMG, inv.no. 45, handelingen van de Algemene Vergadering van 5 en 6 juli 1897.
- <sup>112</sup>. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 159.
- <sup>113</sup>. *Rapport over de Ziekenfondsen te Amsterdam*. Amsterdam 1900.
- <sup>114</sup>. H.C. Sauër, *Geneeskundige Verzorging van den minvermogende zieke in Nederland*, 42.
- <sup>115</sup>. NMG, inv.no. 45, handelingen van de Algemene Vergadering van 4 en 5 juli 1898.
- <sup>116</sup>. NMG, idem.
- <sup>117</sup>. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 190, 321.
- <sup>118</sup>. Huisartsen, specialisten, apothekers en paramedici.
- <sup>119</sup>. NMG, inv.no. 46, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1901-1909, handelingen van de Algemene Vergadering van 6 juli 1908.
- <sup>120</sup>. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 326.
- H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 12-13.
- <sup>121</sup>. NMG, inv.no. 111, Ziekteverzekeringen en ziekenfondsen, 1864-1904, gedrukte reactie op het ontwerp Ziekteverzekeringwet 1904.
- <sup>122</sup>. NMG, inv.no 46, handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering van 25 maart 1906.
- <sup>123</sup>. Afdeling Utrecht, inv.no. 5, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1898-1908, vergadering van 23 november 1906.
- <sup>124</sup>. *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).
- <sup>125</sup>. Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport omtrent den toestand der ziekenfondsen in Nederland*, 2. Afgekort als Rapport.
- <sup>126</sup>. Artsen en apothekers.
- <sup>127</sup>. In Utrecht had de machinefabriek Smulders een eigen ziekenfonds.
- <sup>128</sup>. Rapport, 85.
- <sup>129</sup>. NMG, inv.no. 46, handelingen van de Algemene Vergadering van 6 juli 1908.
- <sup>130</sup>. Rapport, 11.
- <sup>131</sup>. Rapport, 12.
- <sup>132</sup>. Rapport, 24-25.
- <sup>133</sup>. Rapport, 49.
- <sup>134</sup>. Rapport, 26.
- <sup>135</sup>. Rapport, bijlage, 2.
- <sup>136</sup>. Rapport, 30.
- <sup>137</sup>. Rapport, 88.
- <sup>138</sup>. Rapport, 63.
- <sup>139</sup>. Rapport, 62.
- <sup>140</sup>. Rapport, 66
- <sup>141</sup>. Rapport, 70.
- <sup>142</sup>. Rapport, 70.
- <sup>143</sup>. NMG, inv.no. 45, handelingen van de Algemene Vergadering van 1900.
- <sup>144</sup>. Rapport, 79.
- <sup>145</sup>. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 196.
- <sup>146</sup>. A. de Swaan, idem, 200-201, 203-207.

<sup>147</sup>. Rapport, 80.

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

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