

Deel II: De partijen; overleg en polarisatie

Het landelijk niveau

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

Bloei, oorlog en economische bedrijvigheid

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

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

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

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

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

Politiek en maatschappij

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Inkomens, inkomensverschillen en sociale mobiliteit

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

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

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

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

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

Uitgavenpatroon van een Amsterdams gezin, 1918-1930

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

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

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

Inkomensverdeling in procenten van het Nationaal Inkomen, 1919-1929

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

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

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

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

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

Sociale zekerheid: een lappendeken met gaatjes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De NMG; een corporatie in een verzuilde samenleving

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

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

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

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

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

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

De artsen en de ziekteverzekeringswetgeving van Talma

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

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

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

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

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

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

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

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

Enkele voorwaarden voor de wettelijke erkenning van ziekenfondsen waren:

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

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

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

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

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

Het eerste ziekenfondssorgaan van de NMG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1913-1914: de Bredase besluiten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Het voortouw van Ziekenzorg: de Landelijke Federatie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Klassenstrijd of christelijke verhoudingen?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In de collectieve contracten moesten bepalingen worden opgenomen over:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De gevolgen van de leidraad

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

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

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

2.4 Samenwerking en beroepsdifferentiatie bij de artsen en de apothekers

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

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

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

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

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

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

De NMP had op advies van het Hoofdbestuur van de NMG in 1913 het Centraal Bureau voor Ziekenfondszaken opgericht.¹¹⁴ Dit Bureau werkte op het plaatselijk niveau samen met de NMG-afdelingen. Daarbij bleek dat de apothekers bang waren dat zij door hun afhankelijkheidspositie van de artsen bij de contractonderhandelingen tekortgedaan zouden worden.¹¹⁵ Deze angst was terecht. Hoewel het NMG-bestuur van mening was dat bij een ziekewet alle belangen, ook die van de apothekers, verdedigd moesten worden, constateerde Schreve in april 1915 dat men moest oppassen met de relatie met de NMP.¹¹⁶ De belangrijkste geschilpunten waren de honorariumverdeling en de invloed van de apothekers op de Maatschappijfondsen.

De hoofdbesturen van de maatschappijen waren in 1913 op verzoek van de NMP gestart met onderhandelingen over een overeenkomst om de verhoudingen in ziekenfondszaken te regelen. Het wederzijds wantrouwen bleek al snel. De apothekers waren bang dat door de leidraad op de Bredase besluiten van de NMG hun belangen bij het sluiten van de collectieve contracten onvoldoende werden gewaarborgd; de artsen zouden te veel op hun eigen zaakjes letten.¹¹⁷ Een bemiddelingscomité stelde daarom een arbitragecommissie voor de oplossing van eventuele geschillen voor, maar dit ging het Hoofdbestuur van de NMG te ver. Dit zou zich daardoor te beperkt voelen bij het afsluiten en nakomen van de collectieve contracten en bij het reilen en zeilen van de Maatschappijfondsen.

Uiteindelijk werd een compromis bereikt. De besturen waren van mening dat een dergelijke overeenkomst pas goed zou werken als er globaal overeenstemming zou worden bereikt over de honorering van de huisartsen en de apothekers bij de afdelingsziekenfondsen, de bijzondere ziekenfondsen en de collectieve contracten.¹¹⁸ Zij stelden daarom de algemene praktijkregeling van 3/8-5/8 voor, waarbij de honorering van de specialisten buiten beschouwing zou blijven.¹¹⁹

Sommige artsen waren het met de honorariumverdeling niet eens. Een specialist uit Breda kwam te pas en te onpas bij zijn plaatsgenoot apotheker Wetselaar met de vraag aandrigen waarom de apothekers zo veel kregen.¹²⁰ Het NMP-bestuur verwees naar de historische verdeling bij het ziekenfonds AZA uit 1847, waar de apothekers ook 3/8, de artsen 3/8 en de chirurgen 2/8 kregen. Dat de medici in 1915 de 3:5-verhouding ongunstig zouden vinden was in strijd met de zienswijze van hun collega's uit vroeger tijden. Toen waren de arts en de apotheker mensen van *gelyke maatschappelyke standig, die beiden tegen verminderd tarief hun diensten bewezen ten behoeve van de mindervermogenden*.

Gelijk honorarium voor huisartsen en apothekers zou ook nu nog het billijkste zijn. De apothekers namen dus juist als concessie genoegen met minder, omdat de huisartsen en de specialisten het honorarium van de medici moesten delen. Dit kon alleen worden opgelost door een hogere contributie van de verzekerden of door de acceptatie van het wetsontwerp-Treub, waar de specialistenkosten werden verrekend voor de uitkeringen aan de huisartsen en de apothekers.

De hoofdbesturen van de NMP en de NMG stelden een ontwerpovereenkomst op, die zij in 1915 aan de Algemene Vergaderingen van hun organisaties voorlegden.¹²¹ Volgens deze overeenkomst zouden beide partijen zich verbinden samen te werken bij de ontwikkeling van Maatschappijfondsen. Zij zouden hun leden volgens de NMG-besluiten van 1913 verbieden deel te nemen aan niet-erkende fondsen. De NMG mocht alleen met instemming van de NMP collectieve contracten sluiten en voor de verstrekking van erkenningen voor nieuwe of gereorganiseerde ziekenfondsen moest overleg worden gepleegd met de NMP. Beide organisaties verdedigden de vrije artsen- en apothekerskeuze.

De NMG was volgens deze overeenkomst de actievare organisatie tegenover de ziekenfondsen, maar kreeg de meeste beperkingen opgelegd. Zij verbond zich feitelijk aan de wil van de NMP, doordat afsluiting van de collectieve overeenkomsten en de oprichting van de Maatschappijfondsen alleen met instemming van de apothekersorganisatie kon gebeuren. De apothekers kregen voor het eerst in hun relatie met de artsen duidelijk omschreven rechten en plichten. Het waren echter de eigen keuzes van het NMG-hoofdbestuur, dat deze voorstellen grotendeels zelf aan de NMP had gedaan.¹²²

Het huwelijksaanzoek mislukt

De Algemene Vergadering van de NMG verwees de overeenkomst tijdens felle discussies op 5 en 6 juli 1915 naar de prullenmand. Het was een bekend verhaal: op lokaal niveau werkten de artsen en apothekers in ziekenfondskwesties samen, maar als deze samenwerking op landelijk niveau formeel bekrachtigd kon worden speelden de ideologische opvattingen van de artsen over de beroepsuitoefening de boventoon.

Voor sommige artsen waren er principiële verschillen tussen de vrije artsenkeuze en de vrije apothekerskeuze.¹²³ Vrije apothekerskeuze was een apothekersbelang, geen medisch belang. De huisarts liet zijn werk niet over aan een assistent, terwijl een apotheker meerdere zaken op zijn naam kon hebben en recepten door zijn personeel liet aanmaken. De verhouding van de apotheker met de verzekerden werd bepaald door de loopafstand van het huis van de verzekerde naar de *geneesmiddelenwinkel*. De relatie met de huisarts hing daarentegen af van medische en sociale aspecten. Niemand zou zich druk maken over de eis van de apothekers dat zij het zelfstandig en onafhankelijk beheer over hun apotheek moesten voeren.¹²⁴ De NMG moest weer de leiding nemen in de ziekenfondsstrijd.

Veel leden hadden moeite met de rechten, die de apothekers in de besturen van de Maatschappijfondsen kregen. In feite werden de apothekers door hun deelname in de besturen van deze fondsen mede-eigenaar, terwijl de artsen de initiatiefnemers waren en door hun contributie aan de CO er hun geld in staken. Volgens de Utrechtse arts Schuckink Kool had de NMG de huisartsen en specialisten als groepen in de besturen moeten opnemen en niet de apothekers.¹²⁵ Als in de nabije toekomst de relatie huisartsen-specialisten-ziekenfondsen vastgesteld zou moeten worden, dan moest daar eerst met de apothekers en de verzekerden over worden gesproken. De artsen waren dan niet eens meer baas in eigen fonds! De NMP was tot overmaat van ramp ook nog bezig met de voorbereiding van een wetsvoorstel, waarbij de belangen van de apotheekhoudende huisartsen op het platteland op het spel stonden.

Schreve probeerde de overeenkomst zonder succes te verdedigen.¹²⁶ Hij stelde dat voor de goede geneeskundige verzorging van de minvermogenden een goede farmaceutische stand nodig was. De artsen waren daarvoor ook verantwoordelijk. Als de NMG contracten voor uitsluitend geneeskundige hulp zou afsluiten, dan zouden de ziekenfondsen zelf voor farmaceutische hulp gaan zorgen en centrale apotheken in eigen beheer oprichten. Het bestaan van de vrije NMP-apotheken kwam daarmee in gevaar. Hij wilde een overeenkomst met de apothekersorganisatie om problemen

bij de afdelingsziekenfondsen te voorkomen. Niet dat de NMG nu zo'n succes had met deze fondsen, want in 1915 waren er pas tien opgericht.

Het pleidooi van Schreve had geen succes. De Centrale Commissie voor Beroepsbelangen, de CvB, diende twee moties in waarin het hoofdbestuur gevraagd werd de overeenkomst in te trekken, maar verzocht wel met de onderhandelingen met de NMP door te gaan.¹²⁷ Deze moties werden aangenomen.

Deze uitspraak van de Algemene Vergadering was niet onverwacht, want de afdelingen hadden de overeenkomst al eerder besproken. De afdeling Utrecht had zich in de vergadering van 25 juni al uitgesproken tegen de plannen van het hoofdbestuur. Professor Kouwer, de voorzitter, had zich daarbij afgevraagd of de ziekenfondsactie niet zonder de hulp van de apothekers gevoerd kon worden.¹²⁸ De Utrechtse afgevaardigde stemde dus op de Algemene Vergadering tegen.

Er waren op dat moment bij de NMG twee partijen: het hoofdbestuur en de CO, die met de NMP hadden onderhandeld en de NMP ook in de ziekenfondskwestie hadden geadviseerd versus de CvB en de meerderheid van de Algemene Vergadering, die tegen een te vergaande verbintenis met de NMP waren. Het hoofdbestuur en de CO konden echter niet anders dan de NMP inlichten.

De NMP was teleurgesteld, maar bleef bereid tot overleg. Voor haar bleef de eis van vrije apothekerskeuze noodzakelijk, maar zij wilde niet meer meewerken aan de oprichting van afdelingsziekenfondsen. Zij gaf haar leden alleen nog maar toestemming samen te werken met artsen om op plaatselijk niveau ziekenfondsen op te richten teneinde als *goede kooplieden met de geneeskundigen samen te werken, waar voor hen eenig voordeel te halen is*.¹²⁹ De weg naar nieuwe Maatschappijfondsen leek door de houding van de Algemene Vergadering van de NMG geblokkeerd.

Artsen en apothekers: geen huwelijk maar een LAT-relatie

Toch waren de georganiseerde artsen tot samenwerking gedwongen. De NMG had met haar ziekenfondspolitiek een hele grote knuppel in het hoenderhok gegooid en de ziekenfondsen werden onrustig. De onderlinge ziekenfondsen werden gesteund door de Federatie bij het recruterende van medewerkers zoals in Deventer, waar het Ziekenfonds voor de Arbeidende Stand met hulp van de ziekenfondskoepel niet-NMG artsen wist te contracteren. De NMG moest hard onderhandelen met de fabrieksdirecties van Stork, Philips, over het Zieken- en Ondersteuningsfonds van de Spoorwegen en het Mijnerwerkersziekenfonds.

Een testcase was het in 1914 gestichte Alkmaarse Federatiefonds Ziekenzorg. De NMG-afdeling wist in samenwerking met de apothekers het fonds zo onder druk te zetten dat de aangetrokken arts onvoldoende inkomsten uit diens ziekenfondspraktijk kreeg en het al snel opgaf. Daarbij bleek geen enkele specialist zich aan het fonds te willen verbinden.¹³⁰ De Federatie moest te veel geld in het fonds steken om het in stand te houden en de verwachting bij de NMG was, dat de Ziekenzorgleden zich weer bij hun oude artsen en het Maatschappijfonds zouden melden. Dit gebeurde ook.

Tuchtmaatregelen waren voor de NMG het belangrijkste middel om haar leden tegen te houden medewerking te verlenen aan vijandelijke ziekenfondsen. Geld was belangrijk. Op de Buitengewone Algemene Vergadering van 28 en 29 april 1915 werd gedebatteerd over de invoering van boetes tot f 1.000, maar de afdeling Amsterdam vond dit een lachertje.¹³¹ Een straf van f 10.000 was nodig als Maatschappijleden zich aan een vijandig fonds verbonden. Dit fonds zou voor deze artsen bij te lage straffen de boetes aan de NMG betalen en hen daarmee aan zich verplichten. Volgens Schreve waren het niet de jonge collegae, die zich als handlangers aan verkeerde fondsen verbonden, maar de artsen die al acht jaar of langer praktijk hielden en niet naar hun zin geslaagd waren. Deze dachten daarmee een beter bestaan te verwerven. Hoge boetes zouden preventief werken en het Amsterdamse idee werd aangenomen, temeer omdat de NMP in Wageningen met een boete van f 4.000 een dissidente apotheker succesvol had afgestraft.

De samenwerking met de NMP bleef bij de CO hoog in het vaandel staan in de strijd tegen de Federatie en voor de verdediging van de gemeenschappelijke belangen. In het huishoudelijk reglement van de NMG was overleg met het Centraal Bureau juist opgenomen als middel om de doelstellingen van de CO te realiseren, met als belangrijkste oogmerk de oprichting van Maatschappijfondsen.¹³² De CO wilde toestemming voor de oprichting van plaatselijke ziekenfondsen door samenwerking van de lokale artsen en apothekers. Deze fondsen zouden dan later kunnen worden omgezet in afdelingsfondsen.¹³³ Dit idee werd overgenomen door het hoofdbestuur en in overleg met het hoofdbestuur van de NMP uitgewerkt.¹³⁴ Als toelichting werd door het NMG-bestuur gegeven dat bij onderhandelingen met de NMP een *algemeen samenstel van enkele voornaamste beginselen en bepalingen, waaraan beide hoofdbesturen bij het overleg en de*

samenwerking gebonden worden beter zou werken dan een gedetailleerd contract. De plaatselijke verhoudingen tussen de artsen en apothekers waren overall goed en de beide besturen wilden in deze verstandhouding maar niet verder ingrijpen dan wenselijk was.

Deze pragmatische benadering werd in de afdelingen wel geaccepteerd, zij het met een paar kanttekeningen. De artsen waren nog steeds bang dat zij in de afdelingsfondsen te weinig bestuurlijke macht zouden krijgen. Apothekers bleven medegerechtigd om in ziekenfondsangelegenheden te beslissen en konden in hun eigen belang verbeteringen voor verzekeren en artsen tegenhouden.¹³⁵

De samenwerking werd in 1919 door de Centrale Organisatie en het Centraal Bureau geformaliseerd.¹³⁶ Zij kwamen overeen dat bij onderhandelingen met de ziekenfondsen over honoraria geen vaste verhoudingen meer gehanteerd zouden worden. Honorariumeisen zouden worden gebaseerd op plaatselijke berekeningen en de artsen en apothekers moesten hierbij overleggen om te verhinderen dat te hoge eisen een beletsel zouden vormen voor elkaars wensen. Het Centraal Bureau verklaarde zich bereid mee te werken aan de oprichting van NMG-afdelingsziekenfondsen. De CO zou dan wel moeten aantonen dat de Maatschappijfondsen zelfstandige instellingen zouden zijn, waarin de apothekers even grote zeggenschap zouden hebben als de geneeskundigen.

De verhouding tussen de NMG en de NMP als koepels voor de artsen en apothekers in ziekenfondskwesties was hiermee voorlopig geregeld. Het was een tamelijk vrijblijvende intentieverklaring tot samenwerking, maar het kon blijkbaar niet anders. De NMG-artsen stonden tweeslachtig tegenover de NMP-apothekers. Enerzijds werd geringschattend over de NMP en haar leden gesproken als een reactionaire club, die zich niet moest profileren als *een handelsvereniging*, maar zich moest inzetten voor de apotheker als *wetenschappelijke ambtenaarscarrière*. Bij de artsen bleef het idee van de apotheker als kruidenier leven. Anderzijds waren de artsen zich bewust van de noodzaak tot samenwerking voor de verdediging van hun eigen belangen in de ziekenfondskwestie tegenover de Federatie van de onderling beheerde ziekenfondsen en de overheid en voor de zaak waar het eigenlijk om draaide: de goede geneeskundige verzorging voor de minvermogenden. Dat de NMG de relatie met de andere koepel afhankelijk moest laten van lokale ontwikkelingen en niet in staat was als corporatieve organisatie een eenduidige centralistische regeling te treffen, hing niet af van het tegenspel van de NMP, maar van de eigen onmacht, veroorzaakt door de interne verdeeldheid. Dit betekende voor de ziekenfondsen, dat de artsen en apothekers wel een vuist konden maken, maar deze was onvoldoende sterk om de ziekenfondskwestie op nationaal niveau naar hun hand te zetten. De relatief kleine Federatie was de luis in hun pels.

De NMG had geluk. De regering-Cort van der Linden nam het initiatief tot een ziekteverzekeringwet die tegen de zin van de NMG was, maar de verantwoordelijke minister Treub trad echter op 28 januari 1916 af voordat deze wet in de Kamer werd behandeld. De regering had het verder te druk door de oorlogsomstandigheden, de voorbereidingen voor de kiesrechtvernieuwing en de Pacificatie om aan sociale verzekeringwetgeving toe te komen. Dit gaf de artsen respijt om te proberen orde op eigen zaken te stellen en zij kregen met de ziekenfondsen de tijd om te trachten door middel van de collectieve contracten en nieuwe Maatschappijziekenfondsen de ziekenfondskwestie te regelen.

De bestuurlijke geschillen bij de NMG

Dit respijt hadden de NMG-artsen wel nodig. Interne problemen bij de artsenorganisatie hadden onvermijdelijk gevolgen voor de relatie van de artsen met de ziekenfondsen. De NMG was in 1915 bestuurlijk een historisch gegroeide chaos.

Ten eerste was er noch door het hoofdbestuur, noch door de leden in een Algemene Vergadering ooit een definitieve uitspraak gedaan over het karakter van de Maatschappij: was het een beroepsorganisatie, die de zakelijke belangen van de leden moest behartigen of een sociale club?

Ten tweede was het hoofdbestuur overbelast. Bestuurders als Schreve, Sikkels, Van Bruggen en Koch hadden naast hun NMG-taken vaak ook nog een praktijk, terwijl het bestuurderschap veel tijd eiste en door de beroepsmatige en maatschappelijke ontwikkelingen steeds zwaarder werd. Het Hoofdbestuur trad te centralistisch op, omdat het door alle interne twisten en maatschappelijke druk de eenheid in de Maatschappij trachtte te bewaren. Het probeerde daarom alle beslissingsbevoegdheden die niet bij de Algemene Vergadering lagen naar zich toe te trekken.

De CO mocht in geen enkele ziekenfondskwestie zelfstandige besluiten nemen. Belangrijke organen als de Commissie voor Beroepsbelangen en het Centraal Comité tot behartiging van het Ziekenfondswezen waren slechts adviesorganen. De leden van het Hoofdbestuur verdronken in de

details, omdat zij zich moesten bezighouden met allerlei onderhandelingen en geschillen. De structuur van het bestuur kwam ook steeds meer ter discussie. De leden werden districtsgewijs verkozen en het bestuur probeerde als eenheid boven de partijen te staan, terwijl groeperingen als de CO, de specialisten en de huisartsen in het bestuur eigen afgevaardigden wilden.

Ten derde waren er te veel commissies, waarvan de werkgebieden bijna hetzelfde waren of elkaar sterk overlaptten. Tussen de drie genoemde commissies bestond grote rivaliteit. Het Centraal Comité legde als eerste het loodje in de strijd. Het Comité had zich sinds zijn oprichting weinig krachtdadig getoond, liet in de periode 1911-1913 nauwelijks van zich horen en werd door het bestuur van de CO steeds in de wielen gereden. Dit was onvermijdelijk, omdat het van begin af was opgezet als adviesorgaan zonder bevoegdheden, terwijl de CO een duidelijke taak had.

Vooraf de afdeling Rotterdam maakte zich daar tijdens de Algemene Vergadering in april 1915 kwaad om.¹³⁷ Rotterdam eiste in plaats van het Comité drie ziekenfondsartsen in het hoofdbestuur, niet alleen om dit te ontlasten, maar ook om de belangen van de bij het fondswezen betrokken artsen beter te behartigen. Het bestuur toonde zich allerminst blind voor de strijd tussen Comité en Organisatie, maar was mordicus tegen de Rotterdamse gedachte. Het had zich op het standpunt gezet dat de NMG wel werkcommissies had zoals het bestuur van de CO, maar geen commissies met een besturende taak. Koch sprak zich als hoofdbestuurder uit tegen een groepsvertegenwoordiging van ziekenfondsartsen in het hoofdbestuur, maar wilde de ziekenfondsartsen binnen het grotere verband van de NMG in een vakvereniging verbonden zien zoals de Duitse artsen in het Leipziger Verband.¹³⁸ Als de ziekenfondsartsen een eigen vertegenwoordiging in het bestuur kregen, dan zouden andere groepen als de specialisten dat ook willen met grote verdeeldheid als gevolg.

Zijn collega Sikkel, de toenmalige voorzitter, was het niet met hem eens.¹³⁹ De ziekenfondsartsen moesten juist een vertegenwoordiging hebben, want zij vormden in de Maatschappij de grootste groep met de zwaarste belangen. Hij was van mening dat de NMG beter de natuurlijke ontwikkelingen binnen de beroepsgroepen kon volgen, dan kunstmatig principes te handhaven. Dit was volgens hem de beste manier om de eenheid binnen de NMG te handhaven en versnippering van krachten tegen te gaan. Sikkel stond met deze visie in het hoofdbestuur alleen, ook Schreve sprak hem tegen.¹⁴⁰ Volgens Schreve waren er te veel groepen binnen de NMG om ze allemaal een vertegenwoordiging in het hoofdbestuur te kunnen geven.

Cohen, de voorzitter van de CO, won uiteindelijk het pleit met een motie om het Centraal Comité op te heffen.¹⁴¹ De CO had in alle afdelingen eigen vertegenwoordigers en kreeg alle steun. Cohens motie werd gesteund. Het Comité werd als eerste NMG-ziekenfondsorgaan ten grave gedragen.

Deze stroomlijning van de ziekenfondscommissies betekende niet dat de bestuursstructuur van de NMG vereenvoudigd werd. Terwijl de ene commissie opgeheven werd, wist de andere doelgroep zijn positie te versterken. De specialisten voelden zich bij de NMG nog steeds niet voldoende als beroepsgroep erkend en zij wilden hun belangen bij de ziekenfondspraktijk verdedigd zien, vooral met betrekking tot de verwijzing en hun honorarium.

De Rotterdamse en Amsterdamse specialisten waren het meest militant. De Amsterdamse specialisten, geleid door hun voorman Brongersma, wilden al in 1912 een Centrale Vertegenwoordiging voor de Specialisten, een CV. Zij kregen pas op de opheffingsvergadering van het Centraal Comité in april 1915 hun zin: een commissie van drie leden, de CV, waarvan de voorzitter met een adviserende stem de vergadering van het hoofdbestuur zou bijwonen. Ziekenfondsartsen kregen geen bestuursvertegenwoordiging, de specialisten dus ook niet. Het probleem van de drie commissies was dus niet opgelost: het Comité ging, de CV kwam.

De specialisten- en huisartsenkwestie en de ziekenfondsbelangen

De wensen van de specialisten waren met de CV ook nog niet vervuld. Hun ziekenfondshonorarium bleef een heet hangijzer.

De specialist Van der Hoeven Leonhard fulmineerde in het NTVG van 26 juni 1915 over de lage uitkeringen op de ziekenfondsmaandkaarten.¹⁴² Van der Hoeven Leonhard wilde het volgens hem obsoleete waandenkbeeld bestrijden dat een specialist meer verdiende dan een Amsterdamse huisarts met een volledige ziekenfondspraktijk. Deze verdiende per uur ziekenfondsarbeid *f* 3 - *f* 3,50, terwijl een keelarts na aftrek van onkosten en op grond van de door hem overgelegde maandkaarten *f* 1 per uur overhield. Hiervoor moest de specialist het aantal patiënten tot een maximum per dag opvoeren en het vermoeiende polikliniekwerk, waar de minvermogene patiënten behandeld werden, in de kortst mogelijke tijd afmaken. Persoonlijk had Van der Hoeven Leonhard als KNO-arts in twee verschillende jaren ongeveer *f* 1,75 per uur verdiend. De prijs van de maandkaart moest volgens hem worden verhoogd.

Volgens de huisarts Pinkhoff was de berekening van f 3 per uur verkeerd. Het bedrag moest worden gebaseerd op een gemiddelde ziekenfondspraktijk, waarbij de arts voor de opbouw van zijn praktijk spreekuren moest houden en visites heeft moeten afleggen voor f 2 tot f 3 per dag. Hiermee zette Pinkhoff de teneur voor de honorariumeisen van de ziekenfondsartsen voor de komende jaren. Het moest duidelijk zijn dat de beloning voor het ziekenfondswerk onvoldoende was, terwijl de premies al 70 jaar stabiel waren. Als de minvermogende de noodzakelijke contributie voor een goede geneeskundige hulp niet kon betalen, dan moest de Staat bijpassen en dit niet langer aan de artsen overlaten.

De honoraria van de huisartsen en de specialisten konden dus moeilijk worden vergeleken en waren de oorzaak van grote ruzies. Het was voor specialisten nauwelijks mogelijk een ziekenfondspraktijk op te bouwen. In 1909 verklaarde de NMG nog dat een specialist geen gewone praktijk, laat staan een ziekenfondspraktijk kon hebben.¹⁴³ Zelfs in een stad met een academisch ziekenhuis als Utrecht bleek dit niet mogelijk. De samenwerking tussen huisarts en specialist bij de behandeling van de ziekenfondspatiënt was in 1911 nog niet geformaliseerd. Deze hing af van de huisarts, de aard van de aandoening en van het specialisme. In Utrecht werd het spreekuur van de specialist als vrij toegankelijk beschouwd. Patiënten moesten zelf kunnen kiezen, ook in de raadpleging van een second opinion.¹⁴⁴ Specialisten hadden volgens de bindende besluiten van 1912 en 1913 en volgens de reglementen van de afdelingen wel dezelfde rechten als huisartsen om zich aan erkende ziekenfondsen te verbinden.¹⁴⁵ De CO zou hierbij hun belangen moeten behartigen.

De specialisten voelden zich echter onvoldoende gesteund, ondanks CO en CV en ondanks hun financiële bijdragen aan deze commissies. De Amsterdamse en Rotterdamse specialisten weigerden deze te betalen en dreigden verschillende malen uit de NMG te stappen. Vooral het hoofdbestuur kreeg het verwijt, dat het hen te weinig steunde. In het ontwerpziektewet-Treub waren een paar specialismen erkend als verplichte specialismen en werden andere vrijgelaten.¹⁴⁶ De CV vond dat het hoofdbestuur zich hiertegen had moeten verzetten. Volgens het hoofdbestuur zouden specialismen in de ziekenfondspraktijk vanzelf erkenning krijgen, maar wel met een rem *tegenover de grenzeloze neiging van het publiek, dat altijd meent bij een specialist het best terecht te zijn en daarom gaat men liever naar een specialist, die geen dokter is, dan naar een gewone huisarts.*

De ziekenfondsverzekerde kon zich in deze tijd op drie manieren bij de specialist aanmelden:¹⁴⁷

- volgens het bekende en meest gebruikte systeem van de maandkaarten. Dit was voor de ziekenfondsverzekerde het meest nadelige systeem, want het ophalen van het verwijsbriefje moest hij meestal onder werktijd doen en hij moest vaak de kosten van de maandkaart voorschieten. De meeste werkgevers betaalden de niet-gewerkte tijd niet uit.

- volgens de *vrije loop*, het recht van de patiënt om zich naar eigen inzicht, zonder voorkennis tot de huisarts te wenden. Dit was voor de huisarts het meest voordelige systeem, want hij had er het minste administratieve werk aan;

- de *vrije loop met rem*. De verzekerde betaalde bij ieder bezoek een eigen bijdrage. Dit systeem bleek bij de Haagse ziekenfondsen goed te werken. De verzekerden bleven in het nadeel, want zij hoefden geen tijd te besteden aan het halen van een verwijskaart, maar betaalden een eigen risico. Of dit eigen risico van invloed was op de frequentie van het specialistenbezoek was helaas niet te controleren.

De specialisten stonden bij ieder systeem zwak, want zij pasten niet in het abonnementshonorariumstelsel van de ziekenfondsen. Voor de ziekenfondsadministratie vormden zij bij ieder van de drie methoden een ongelimiteerde post.¹⁴⁸ Het gevolg was dat de meeste specialisten te lage honoraria kregen om uit de kosten te komen. De hoofdaanleiding voor de specialistenbeweging was en bleef de slechte positie tegenover de ziekenfondsen.

Ziekenfondsbelangen, specialisten, huisartsen en de eenheid binnen de NMG

Het hoofdbestuur wilde in mei 1918 tijdens een Algemene Vergadering opnieuw aan de wensen van de specialisten tegemoetkomen om de eenheid in de gelederen te bewaren. Het wilde een organisatie voor de specialisten oprichten, waarbij het lidmaatschap voor alle NMG-specialisten verplicht was, maar tegelijk voorkomen dat ook de huisartsen dergelijke eisen stelden. Deze werden voldoende vertegenwoordigd door de CO.¹⁴⁹

De specialisten, vooral die uit de grote steden, bleken vijandig tegenover de huisartsen te staan. Zij waren bang om tijdens de Algemene Vergaderingen en in de CO te worden overstemd door de huisartsen. In 1917 waren er in Nederland 600 specialisten op 1.500 ziekenfondshuisartsen. In steden als Rotterdam was er een felle concurrentie om de verzekerde met een gemiddelde van 2,5 huisarts op 1 specialist.¹⁵⁰ Het hoofdbestuur wilde voorkomen dat alle NMG-specialisten zouden

toetreden tot een organisatie, waar een *militante minderheid*, de specialisten uit de grote steden, de dienst zou uitmaken. Deze vertegenwoordigden een derde van de specialistenbelangen, terwijl de specialisten *in de periferie harmonieus samenleven met de ziekenfondsgeneesheeren* en van die strijd weinig merkten.¹⁵¹ De scheiding tussen de specialisten uit Amsterdam, Rotterdam en de rest van Nederland was duidelijk.

Als de ziekenfondshuisartsen zich ook afzonderlijk zouden organiseren, dan zouden zij te veel eisen stellen voor hun zelfstandigheid. Daardoor zou de ziekenfondsactie kunnen ontaarden in een actie, waarbij uitsluitend gelet werd op het materiële belang van de arts en niet op het belang van de verzekerde, waardoor de NMG haar politieke invloed zou verliezen. Het hoofdbestuur moest de volledige verantwoordelijkheid blijven dragen van de ziekenfondsactie van de specialisten en van de huisartsen.

De huisarts Van Bruggen, secretaris van de CO, pleitte voor zelfstandigheid van handelen voor de specialisten en de huisartsen bij de oprichting van afdelingsziekenfondsen, het sluiten van contracten, bij adviezen voor de ziekteverzekeringswetgeving en het functioneren van de particuliere praktijk. De specialisten zouden behalve een hoger honorarium bij de ziekenfondsen ook toelating van alle specialismen en vrije specialistenkeuze eisen. Verzekerden zouden dan zelf mogen beslissen wanneer en welke specialist zij wilden consulteren, het principe van de *vrije loop*.

Van Bruggen stelde voor de ziekenfondsverzekerden dit systeem te geven in plaats van het meestal gebruikte maandkaarten- en verwijzingsstelsel.¹⁵² Het was echter de vraag of de ziekenfondsen dit konden en wilden betalen. De huisartsen hadden meer belang bij de maandkaarten, want dan hielden zij de controle over hun patiënt en bleef er meer over voor hun honorarium. Hierbij hadden de fondsen en de huisartsen tegenover de specialisten een gemeenschappelijk belang. De uitbreiding van het aantal specialismen dat door de ziekenfondsen zou worden betaald had, behalve hogere kosten, ook tot gevolg dat de taken van de huisartsen minder werden. Door de ontwikkeling van specialismen als interne vakken en kinderziekten zouden er minder huisartsen nodig zijn. Het voorstel van het hoofdbestuur, een specialistenvereniging met verplichte deelneming, werd geaccepteerd. Deze vereniging mocht zich echter niet bemoeien met ziekenfondszaken, dit bleef het terrein van de CO.

Het idee van een eigen huisartsenorganisatie werd nog niet aanvaard, tot woede van Van Bruggen. Het gebrek aan een huisartsenorganisatie was nadelig gebleken bij contractonderhandelingen in Amsterdam en Utrecht.¹⁵³ Deze waren aanzienlijk vertraagd omdat de huisartsen en de specialisten geen gescheiden collectieve contracten konden sluiten.¹⁵⁴ De CV had de CO tijdens de onderhandelingen voor deze overeenkomsten echter steeds gedwarsboemd en de CO had daardoor voor de huisartsen geen goede contracten kunnen afsluiten. Van Bruggen wilde vrijheid voor de huisartsen door een aparte organisatie voor de specialisten.

Op 19 en 20 december 1918 werd opnieuw over de specialisten- en huisartsenkwestie vergaderd.¹⁵⁵ Compromisvoorstellen van het hoofdbestuur werden afgewezen. Het wantrouwen tegen het hoofdbestuur en de onvrede van de verschillende groepen waren te groot. De discussies waren fel en hatelijk. Schreve en de zijnen werden met modder besmeurd door uitdrukkingen als *rachitisch-osteomalacische hoofdbesturen, die zich aan de tafel kleven en zich daaraan vastklemmen*.¹⁵⁶ De vergadering nam een motie van de afdeling Delft en Omstreken aan, waarin het hoofdbestuur opdracht kreeg een reglement te ontwerpen voor een organisatie van huisartsen binnen de NMG. Het hoofdbestuur kreeg ook te slikken dat de vergadering op voorstel van de CV besliste tot het instellen van een organisatie van specialisten ter vervanging van de juist in mei door het hoofdbestuur ingestelde specialistencommissie. Deze organisatie, functionerend binnen de Maatschappij, zou een eigen reglement krijgen, een eigen bestuur en het recht tot het nemen van bindende besluiten. Het lidmaatschap werd verplicht voor alle specialisten.

Van Bruggen had er geen moeite mee dat de specialisten zich niet meer door zijn CO lieten vertegenwoordigen. Een compromis was nodig om de eenheid binnen de Maatschappij te handhaven.¹⁵⁷ Hij vond het hard nodig dat de CO en de CV tot overeenstemming kwamen, anders waren de ziekenfondsbesturen en de ambtenaren, die de wetsvoorstellen voor de ziekenfondsverzekering voorbereidden de artsen de baas. De hulp van specialisten en huisartsen was nodig voor de verzorging van de ziekenfondsverzekerden, maar de belangen van beiden waren te verschillend in kwesties als:

- abonnementshonorarium of vergoeding op verwijzing;
- toelating van alle specialismen of niet;
- afbakening van de grens tussen huisartsen- en specialistenpraktijk;
- wie er als specialist werd erkend.

Het belangrijkste van deze bijzondere vergadering was dat de Algemene Vergadering voortaan kon besluiten tot het instellen van bijzondere organisaties met een eigen bestuur, met eigen reglementen en verplicht lidmaatschap van leden met gemeenschappelijke bijzondere belangen.¹⁵⁸ De samenstelling van het hoofdbestuur zou worden gewijzigd. Het zou voortaan bestaan uit minstens vijftien leden. Negen werden districtsgewijs verkozen door de leden, drie door de specialistenorganisatie en drie door de huisartsenorganisatie.¹⁵⁹ Het oude bestuur trad vernederd af.¹⁶⁰ Het bleek allemaal maar gedeeltelijk afdoende. Er kwam een interim-bestuur dat de bestuurlijke problemen evenmin kon oplossen. Van 1920 tot 1940 zouden er diverse reorganisatiecommissies worden ingesteld, die allemaal hun voorstellen deden. Kernpunten bleven de verhouding van het hoofdbestuur ten opzichte van de commissies, de overbelasting van het bestuur en de discussie over de aard van de Maatschappij. Daarbij bleef de ziekenfondspolitiek van de artsen een belangrijke rol spelen. Het hoofdbestuur aarzelde voortdurend om voor de ziekenfondsbelangen een ambtelijk apparaat in te stellen zoals eigenlijk nodig was.¹⁶¹

De formele splitsing van de huisartsen en de specialisten als belangengroepen gebeurde in 1920. Op 7 februari werd de Centrale Vertegenwoordiging der Specialisten omgezet in de Specialisten Organisatie, de SO. De huisartsen kregen op 20 augustus 1920 hun Huisartsen Organisatie, de HO. Een van de problemen, die de NMG jarenlang had verdeeld, was hiermee opgelost. De specialisten waren als afzonderlijke groep erkend, terwijl de belangen van de huisartsen en de controlerend geneeskundigen als aparte groep tegenover de ziekenfondsen beter konden worden behartigd. Voortaan kon over de contractvoorwaarden voor de specialisten en de huisartsen afzonderlijk worden onderhandeld en konden deze als gescheiden contracten in een collectieve overeenkomst worden ondergebracht. De SO en de HO werkten wel samen, na jaren van strijd was er eindelijk een goede verstandhouding van de specialistenorganisatie met de huisartsenorganisatie.¹⁶²

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

De HO vertegenwoordigde drie belangengroepen, de ziekenfondshuisartsen, de controlerend geneeskundigen en de andere huisartsen.¹⁶³ De CO bleef als onderdeel van de HO de belangen behartigen van de algemene afdelingsziekenfondsen, van de ziekenfondsartsen en van de ziekenfondsverzekerden. Het bereidde de overeenkomsten voor, die nog altijd moesten worden goedgekeurd door het hoofdbestuur en hield toezicht op de uitvoering van de collectieve contracten. In de praktijk bleef de werkwijze in ziekenfondszaken voor de huisartsen ongewijzigd. De huisartsen werden per afdeling georganiseerd in onderafdelingen, die zich weer konden groeperen rond de ziekenfondsbelangen. Alle bestaande ziekenfondsafdelingen werden opgeheven. De contributie bleef zoals vroeger bij de CO 2% van de inkomsten uit de ziekenfondspraktijk met een maximum van f 150 per jaar. Het verplichte lidmaatschap en de vrij hoge contributie wekte bij nogal wat leden de weerzin tegen deze organisaties. Veel specialisten buiten de grote steden wilden geen 2% betalen en het Haagse hoofdkantoor van de NMG kreeg nogal wat bedankjes.¹⁶⁴

In 1922 was het debat over de rol van de NMG als vakbeweging opnieuw opgelaaid. In de tweede Amsterdamse collectieve overeenkomst werd de clause opgenomen dat niet-NMG leden zich niet aan de gecontracteerde ziekenfondsen konden verbinden.¹⁶⁵ Bij iedere NMG-ziekenfondsactie vormden de niet-georganiseerde artsen altijd de grootste zwakheid voor de onderhandelingspositie van de Maatschappij. De ziekenfondsen konden bij ieder conflict rekenen op werkwillige medici, zelfs onder de NMG-leden. Het Hoofdbestuur stelde hierop een commissie in, die de vraag moest beantwoorden of het wenselijk was dat bij het sluiten van contracten niet alleen NMG-leden, maar ook niet-leden konden deelnemen en zo ja, onder welke voorwaarden?¹⁶⁶ Deze commissie stelde zich in 1923 op het standpunt, dat niet-leden onder geen voorwaarde aan door de Maatschappij te sluiten contracten konden deelnemen. Dit week af van de mening die leden op de Algemene Vergadering van 23 juli 1923 formuleerden: niet-leden konden dit bij uitzondering en onder door het hoofdbestuur te stellen voorwaarden wel doen.

De NMG werd tot deze liberale houding gedwongen door een splinternieuw ontwerp-ziekteverzekeringwet, nu uit de koker van de rooms-katholieke minister Aalberse. De Maatschappij was bij de ontwikkeling van dit wetsontwerp nauw betrokken geweest. Het hoofdbestuur had met Aalberse over deelname van niet-georganiseerde artsen gesproken en de regering zou zich daarbij geen voorwaarden laten stellen. De HO en de SO moesten bij het afsluiten van contracten rekening houden met de in de praktijk van het ziekenfondswezen verkregen rechten van niet NMG-leden. Voorlopig was deze kwestie van de baan en tolereerde de NMG buitenstaanders.

Toch werd het nog steeds niet rustig. Steeds meer huisartsen en specialisten kregen weerzin tegen het verplichte lidmaatschap van deze organisaties. In 1925 werd daarom de zaak weer op zijn kop

gezet door de HO en de SO op te heffen. Het hoofdbestuur stelde een scheiding in organisaties en commissies voor.¹⁶⁷ In iedere afdeling, in elk deel van Nederland of voor het hele land mochten groepen van huisartsen, ziekenfondshuisartsen, specialisten, ziekenfondsspecialisten, ambtenaren en andere leden zich organiseren. Het hoofdbestuur wilde wel de reglementen goedkeuren, maar deze organisaties moesten financieel maar hun eigen broek ophouden.

De SO en de HO werden vervangen door een Commissie van Huisartsen en een Commissie van Specialisten als adviescommissies van het hoofdbestuur in ziekenfondszaken. De CO mocht als uitvoeringsorgaan blijven bestaan, maar de contributie werd beperkt. Deze commissies bleven tot aan de opheffing van de NMG in 1941 bestaan, waarmee de artsen eindelijk hadden gezorgd voor continuïteit in hun organisatie. Toch bleek het beleid van de NMG tegenover de ziekenfondsen door de gebrekkige samenwerking met de NMP en de voortdurende twisten en onderlinge rivaliteit steeds zwakker dan het had kunnen zijn. De ziekenfondsen zouden daarvan profiteren.

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

De artsen spanden zich wel in om een ziekenfondsbestel in te richten dat aan hun normen kon voldoen, maar zij gaven geen richtlijnen voor de inrichting van de verstrekkingenpakketten. De overheid probeerde dit wel in haar wetsontwerpen, maar dit had geen resultaat zolang er geen wet door het parlement kwam. Een uniform en uitgebreid pakket werd steeds meer als noodzakelijk gevoeld, niet alleen voor de gezondheidszorg, maar ook in sociaal opzicht. De artsen en de apothekers deden met de vakbonden, de Federatie en in 1924 met het Unificatierapport zelf een poging om een landelijke regeling te treffen voor de ziekenfondsverzekerden. Voelden deze zich eigenlijk wel betrokken bij alle perikelen rond de ziekenfondskwestie? Speelde de verzuiling een rol in de onderlinge verhoudingen?

De consument onder of boven de welstandsgrens

De NMG en de NMP stelden zich tegenover de zorgconsument paternalistisch op. De ziekenfondsen, artsen en apothekers hielden zich wel bezig met de regeling van het ziekenfondswezen, maar aan de minvermogende werd niet gevraagd wat hij wilde. Hij kon, afhankelijk van zijn inkomen en de plaatselijke welstandsgrens, kiezen voor een ziekenfonds dat hem wel geschikt leek. De motieven voor zijn keuze waren onveranderd gebleven: de hoogte van de premie, de overtuigingskracht van de bode die aan de deur kwam, zijn kerkelijke overtuiging of de buurt waar hij woonde. Hij bleef onverschillig staan tegenover het ziekenfonds, zolang hij maar verzekerd was.

In januari 1925 klaagde een auteur in *Het Ziekenfonds*, het maandblad van de Landelijke Federatie, dat de Nederlandse arbeider eigenlijk alleen maar ontevreden opmerkingen over zijn ziekenfonds had.¹⁶⁸ Als hij, zijn vrouw of zijn kinderen niet snel genoeg opknapten, dan wist of de dokter er niet genoeg van, of was het fonds of het fondswezen in het algemeen *de kwade Demon*. De schrijver sprak zijn leedwezen uit over de opofferingen van de voormannen van de arbeidersbeweging, die 40 jaar lang hadden gewerkt en gestreden voor de oprichting en de ontwikkeling van de fondsen, terwijl de arbeider geringschattend zijn schouder ophaalde en zijn belangen aan exploitanten overliet: de Maatschappijfondsen en de commerciële fondsen. Over zaken als tandheelkundige, specialistische en verloskundige hulp maakte hij zich al helemaal niet druk.

De doorsnee fondsverzekerde toonde geen belangstelling voor de activiteiten van de artsen in de Maatschappijfondsen. Over de rol van de verzekerdenvertegenwoordigers in de besturen bij de afdelingsfondsen is weinig bekend, behalve dat zij door de artsen en apothekers werden aangewezen.¹⁶⁹ Toch wilde de arbeider, vooral in de steden, wel verzekerd zijn.

*Aantal ziekenfondsverzekerden als percentage van de bevolking, 1902/'03-1941*¹⁷⁰

	1902/'03	1926	1936	1940	1941 ¹⁷¹
Noorden	3,6	8,9	14,8	22,8	43,8
Oosten	12,9	22,7	34,9	42,3	53,9
Westen	27,2	42,1	49,7	54,8	67,3
Zuiden	0,5	16,6	27,3	35,7	48,5
Nederland	17,7	27,9	38,8	45,6	58,4

Het aantal verzekerden was het grootst in de westelijke provincies en in Utrecht, vooral in de steden. De verzekeringsgraad was in het zuiden in 1902 het laagst, met als belangrijkste oorzaak de sociaal-economische achterstand. De stijging in deze gebieden na 1902 was te danken aan de economische bloei, zoals in Zuid-Limburg door de mijnbouw, aan de activiteit van de katholieke vakbonden en de Kerk bij het ontwikkelen van het katholieke ziekenfondswezen en aan de oprichting van Maatschappijfondsen.¹⁷² De algemene stijging in 1941 werd veroorzaakt door de invoering van het Ziekenfondsenbesluit met de verplichte verzekering. De ziekenfondsverzekering was voor de arbeider aantrekkelijk genoeg om op vrijwillige basis een vaste nominale premie te betalen voor een door het ziekenfondsbestuur vastgesteld pakket medische voorzieningen. Hier kon hij gebruik van maken op basis van het naturaprincipe, zonder de betaling van doktersrekeningen.

Gezinshoofden uit de maatschappelijke middenklasse als ambtenaren, onderwijzers en andere beroepsgroepen met vaste inkomens waren door plaatselijke welstandsgrensbepalingen vaak uitgesloten van de ziekenfondsverzekering. Hun inkomens in de klasse van f 1.000 tot f 3.000 per

jaar waren, in tegenstelling tot die van de arbeiders, minder gestegen of vooral in de oorlogsjaren hetzelfde gebleven.¹⁷³ Geneeskundige hulp was voor particulieren echter steeds duurder geworden, vooral door de groei van technieken en de soorten verstrekkingen. Rond 1915 groeide daarom de behoefte aan een ziektekostenverzekering.

Doordat de inkomens van deze groepen vastlagen, konden ook hun uitgavemogelijkheden voor de geneeskundige verzorging worden vastgesteld. Verzekeringsmaatschappijen speelden hierop in en ontwikkelden een nieuwe verzekeringsvorm: mensen konden zich verzekeren tegen de geldelijke schade als gevolg van geneeskundige behandeling.¹⁷⁴ Dit was in tegenstelling tot de ziekenfondsverzekering geen verzekering voor geneeskundige behandeling, maar de eerste particuliere ziektekostenverzekering of schadeverzekering voor de betaling van de doktersrekening. De eerste polis werd afgegeven in 1909 door de Verzekering Maatschappij 'Boerhaave' in 's-Gravenhage.¹⁷⁵

Ieder begin was moeilijk, zeker de ontwikkeling van dit nieuwe verzekeringsproduct. De NMG begon daarom in 1916 een overleg met enkele verzekeringsmaatschappijen. Het NMG-Hoofdbestuur wilde met dit overleg proberen te voorkomen dat zich bij de particuliere verzekering dezelfde problemen zouden voordoen als bij de ziekenfondsen. Het duurde lang voordat de Algemene Vergadering van de artsenorganisatie zich over de relatie met de particuliere ziektekostenverzekeraars uitsprak. In bindende besluiten van 1918 en 1920 werd bepaald dat de NMG-artsen zich niet zouden bemoeien met de relatie verzekeraar-patiënt.¹⁷⁶ De NMG ging geen contractrelaties met verzekeraars aan, zoals bij de ziekenfondsen. Ziektekostenverzekering en ziekenfondsverzekering bleven gescheiden werelden.

Wetsontwerpen, verstrekkingenpakketten en ziekenhuisverpleging

De NMG stelde met de dubbelbesluiten en de leidraad wel normen vast voor de erkenning van ziekenfondsen, maar sprak zich niet uit over verstrekkingenpakketten, zoals dit in wetsontwerpen wel gebeurde.

Het wetsontwerp-Treub werd in december 1918 ingetrokken door zijn opvolger Aalberse, de voorman van de rooms-katholieke arbeidersbeweging. Aalberse verklaarde bij zijn regeringsverklaring als minister van Arbeid, dat hij een regeling voor ziekenbehandeling voor arbeiders en niet-arbeiders wilde realiseren. Hij liet zijn ziekenfondswet voorbereiden door de commissie-Koolen, waar de Amsterdamse specialist Brongersma en de CO-huisarts Cohen als afgevaardigden van de NMG in deelnamen.¹⁷⁷ De plannen van Aalberse kwamen door de betrokkenheid van de NMG vergaand aan de wensen van de artsen tegemoet en stemden grotendeels overeen met de ideeën van Talma. Aalberse had in het verleden de ideeën van de Antirevolutionaire voorman ondersteund.

Het wetsontwerp Aalberse werd op 3 augustus 1920 ingediend bij de Tweede Kamer. De belangrijkste punten waren:

- de inrichting van ziekenfondsen als ondernemingen zonder winstoogmerk;
- een bijna volledig geneeskundig verstrekkingenpakket inclusief ziekenhuis-, sanatorium- en wijkverpleging, tandheelkundige hulp en ambulancevervoer;¹⁷⁸
- vrije artsenkeuze, zoals vastgesteld in de NMG-besluiten;
- abonnementshonorering voor huisartsen en betaling van specialisten per verrichting;
- een welstandsgrens, gesteld op f 2.500;
- het achterwege laten van de regeling van de bestuurssamenstelling;
- geheel vrijwillige deelname aan de ziekenfondsverzekering. De koppeling van een lidmaatschap van een ziekenfonds aan een uitkering volgens een toekomstige ziekwet bleef gehandhaafd.

Het meest opmerkelijke aan het wetsvoorstel was de verlening van overheidssubsidie van f 10.000.000 aan erkende ziekenfondsen voor de financiering van specialistische hulp en ziekenhuis- en sanatoriumverpleging, bedoeld om de premie voor de verzekerden op een aanvaardbaar niveau te houden. Deze overheidsbijdrage was echter de reden, waarom de plannen van Aalberse tijdens de economische crisis van 1920-1922 uit zuinigheidsoverwegingen op de stapel afgelegde wetsontwerpen terecht kwam. Vlak voor de parlementsverkiezingen in 1925 diende de minister nog een uitgetekend ontwerp in, zonder rijksbijdrage en ziekenhuisverpleging, maar ook dit verdween in de la.

Het had zo mooi kunnen zijn: een volledig verstrekkingenpakket voor de ziekenfondsverzekering met een acceptabele premie, erkenning van de noodzakelijke betrokkenheid van de rijksoverheid bij de verzekering van de gezondheidszorg en de inwilliging van de belangrijkste wensen van de artsen. De wet zou alleen voor het ziekenfondspersoneel nadelige gevolgen hebben gehad. De premies voor

de wet zouden door de werkgevers worden ingehouden op het loon van de arbeiders, waardoor de incasseerders en bodes zonder werk zouden komen.¹⁷⁹

Een wettelijke regeling van de ziekenfondsverzekering bleef noodzakelijk. Vooral de regeling van de verzekering van de ziekenhuis-, sanatorium- en wijkverpleging was dringend nodig. De kosten van de ziekenhuisverpleging namen snel toe. De kosten per verpleegdag stegen van f 1,90 in 1910 tot f 5,67 in 1922.¹⁸⁰ Het aantal verpleegdagen steeg in dezelfde periode van 508 tot 789 per 1.000 inwoners. Vrijwel niemand kon deze verpleegprijzen opbrengen, zeker niet bij een langere verpleegduur en afgezien van de nota's van de specialist.¹⁸¹ De ziekenfondsen verzekerden de ziekenhuisverpleging niet of maar gedeeltelijk.

De toename van deze kosten en de groei van het aantal verpleegdagen had vele oorzaken: de veranderingen in de geneeskunde, de verwijzing door de huisartsen en sociale redenen. De uitbreiding van de medische technologie, het intensiever wordende gebruik van hulpmiddelen voor diagnostisch onderzoek en de invoering van nieuwe behandelingen en methoden als laboratoriumonderzoek, röntgeninrichtingen, radiologie en chirurgische technieken bevorderden de groei van het aantal specialismen en specialisten. Ziekenfondsen vergoedden meestal alleen specialistische behandeling als poliklinische behandeling, maar de polikliniek was dan vaak het voorportaal van de ziekenhuisbehandeling.¹⁸² Veelvoorkomende behandelingen, zoals het knippen van amandelen, gebeurden steeds meer tijdens een ziekenhuisopname. Specialisten behandelden het liefst in een ziekenhuis, omdat zij daar over betere hulpmiddelen beschikten. De meeste specialisten gaven emotioneel de voorkeur aan de werkomgeving van het ziekenhuis, omdat hun opleiding klinisch gericht was.

De huisartsen waren zelf ook debet aan het belangrijker worden van de specialistische behandeling. Ziekenfondshuisartsen met grote praktijken verwezen sneller door naar een specialist, omdat zij te weinig tijd hadden voor patiënten met behoefte aan een tijdrovende behandeling. Deze patiëntengroep kwam daardoor sneller in het ziekenhuis terecht.¹⁸³ De huisarts maakte daarna geen verdere aanspraak op de behandeling van de patiënt en door het abonnementshonorarium had hij er geen financieel belang bij de zieke in het ziekenhuis op te zoeken.

De vergroting van het ziekenhuisgebruik had ook sociale oorzaken. De stedelijke bevolking maakte veel meer gebruik van sanatoria en ziekenhuizen, niet alleen omdat er op het platteland minder ziekenhuizen waren, maar omdat in de stad de verlening van zorg door familie en burens minder goed mogelijk was dan op het platteland. Vaak lieten de woonomstandigheden dit niet toe of beschikte de familie niet over de middelen om de zieke voldoende te verzorgen. Op het platteland was de bereidheid om naar een ziekenhuis te gaan minder dan in de stad. Patiënten met interne ziekten keken het daar liever nog eens aan dan naar een ziekenhuis te moeten dat meestal ook nog in de grote stad lag.

Ziekenhuisbesturen en het ziekenhuispersoneel werkten steeds professioneler. Het aantal ziekenhuizen in de steden groeide. Gemeenten bouwden of moderniseerden sinds het einde van de negentiende eeuw gemeentelijke ziekenhuizen. Tussen 1890 en 1920 werden veel confessionele hospitalen gebouwd. In 1920 waren er 39 overheidsziekenhuizen, 117 katholieke, 33 protestants-christelijke en 64 particuliere ziekenhuizen van algemene of andere gezindte. De overheidsziekenhuizen waren de grootste instellingen. Zij beschikten als gemeentelijke en academische ziekenhuizen over 40% van de 20.000 ziekenhuisbedden.¹⁸⁴

Deze investeringen konden niet worden terugverdiend door kostendekkende verpleegtarieven. Het merendeel van de verpleegden bestond uit on- en minvermogenden, er waren niet veel mensen die de dure tweede- en eersteklassetarieven konden betalen. De tekorten van de gemeentelijke ziekenhuizen werden grotendeels gedekt door gemeentelijke subsidies. De particuliere en confessionele ziekenhuizen werden gefinancierd door de stichters, inkomsten uit bezit en giften, maar de verpleeggelden die de gemeenten betaalden waren de belangrijkste financieringsbronnen voor de verzorging van on- en minvermogenden. Gemeenten maakten graag gebruik van deze instellingen, omdat de verpleegprijzen er lager waren dan in de gemeentelijke instellingen wegens deze extra inkomstenbronnen en lagere loonlasten door religieus personeel.

Om een deel van de subsidies terug te krijgen hieven de gemeenten inkomensafhankelijke eigen bijdragen van de minvermogene patiënten of van degenen, die op grond van de Armenwet in aanmerking kwamen voor verhaal. Hoewel de verpleegprijzen voor de klassen sterk verschilden was de medisch-technische behandeling dezelfde. Het lancet, waarmee de chirurg een derde-klassepatiënt opereerde was net zo scherp als bij de behandeling van een eerste-klassezieke. Er was wel wat prijsconcurrentie tussen de ziekenhuizen, maar dit maakte voor de verpleging van de patiënt niet uit. Iedereen werd opgenomen, want de gemeente en dus de gemeenschap draaide voor de tekorten op.

Toch zouden door de artsen en de ziekenfondsen pogingen worden ondernomen om ook hier het achterwege blijven van ziekteverzekeringswetgeving op te vangen door de oprichting van verenigingen voor ziekenhuisverpleging, waar ziekenfonds- en niet-ziekenfondsverzekerden zich voor ziekenhuis- en sanatoriumverpleging konden verzekeren. Dit waren ook weer plaatselijke initiatieven. Zij begonnen in Groningen en werden snel verspreid over het hele land.¹⁸⁵ In 1930 waren ongeveer 2.000.000 mensen voor ziekenhuisverpleging verzekerd.¹⁸⁶ De premies waren meestal nominaal, soms inkomensafhankelijk.

De confessionele zuilen maakten gebruik van de ziekenhuisverpleging, zowel van de ziekenhuizen als van de ziekenhuisverplegingsverenigingen, om hun leden aan zich te binden. De rooms-katholieken werden tegen 1930 massaal lid van de landelijk werkende Onderlinge Nationale Rooms Katholieke Vereeniging tegen de Kosten van Ziekenhuisverpleging en Operatie, een onderdeel van het katholieke Wit-Gele Kruis.

Deze ziekenhuisverplegingsverzekeringsverenigingen boden maar een beperkte oplossing. Zij verzekerden meestal voor een beperkt aantal verpleegdagen, waardoor de kosten van ziekenhuisopname toch gedeeltelijk voor rekening van de gemeenten bleven. In Haarlem, waar geen vereniging voor ziekenhuisverpleging was, sloot het gemeentebestuur met de ziekenfondsen een overeenkomst voor een aparte ziekenhuisverplegingsverzekering voor de fondsleden.¹⁸⁷ Deze samenwerking tussen gemeentelijke overheid en particulier initiatief was succesvol, want bij het ingaan van de verzekering op 7 maart 1927 werden 33.586 leden ingeschreven op een bevolking van 80.000 zielen.¹⁸⁸ Dit was een flinke opsteker voor de Haarlemse ziekenfondsen, want aan het eind van dat jaar hadden zij 4.000 nieuwe leden gekregen. De ziekenfondsen voerden voor de collectieve verzekering de administratie en kregen daarvoor als beheersvergoeding 0,5 cent per lid per week. In 1932 werd de Haarlemse verzekering uitgebreid met de verzorging in sanatoria, herstellingsoorden en de uitzending van kinderen naar vakantiekolonies. De premie voor deze verzekering was voor een gezinshoofd met werk 8 cent. De verzekering was toegankelijk voor de inkomens tussen f 800 en f 3.000. De lasten van de ziekenhuisverpleging per ziekenfondsverzekerde daalden voor de gemeente Haarlem van f 4,23 in 1925 naar f 3,51 in 1938, terwijl de kosten van de verpleging in dezelfde periode stegen naar f 5,70.

In 1939 heerste nog de opvatting dat een landelijke regeling van de ziekenhuisverpleging niet wenselijk was omdat de mentaliteit en de behoeften van de bevolking in de steden en op het platteland te veel verschilden.¹⁸⁹ Ziekenhuisverpleging werd nog altijd geassocieerd met armenzorg. De gemeenten hadden door hun verantwoordelijkheid in de Armenwet voor de kosten van de ziekenhuisverpleging te zorgen en deden dit ook, ook al betekende dit een forse aanslag op het gemeentelijk budget, naast de steunuitkeringen aan werklozen.

Juist daarom werd geprobeerd dit te veranderen door samenwerking tussen de gemeentelijke overheden en de ziekenfondsen en door het inwerkingtreden van aangepaste verzekeringsvormen naast de ziekenfondsverzekering. Het probleem van de financiering van de ziekenhuisverpleging voor de gemeenten werd ondanks deze pogingen niet opgelost. Daarvoor kon alleen de rijksoverheid zorgen, maar zolang de ziekteverzekering niet bij wet geregeld, was werd het maar aan de ziekenfondsen, de artsen en de andere zorgaanbieders overgelaten.

Groeiende samenwerking tussen arbeidersorganisaties, artsen, apothekers en de Federatie

Deze partijen bleven daarom proberen om de problemen bij de ziekenfondsverzekering op hun eigen manier op te lossen. Hoewel de Landelijke Federatie en de NMG in 1913 en 1914 als kernpunten tekeergingen, waren zij zich ervan bewust dat zij als koepelorganisaties voor de behartiging van de belangen van hun leden beter met elkaar konden overleggen dan twisten.

In 1918 spraken afgevaardigden van deze organisaties over de mogelijkheid tot het sluiten van een collectieve overeenkomst voor alle bij de Federatie aangesloten of nog aan te sluiten ziekenfondsen.¹⁹⁰ Daarbij werd ook onderhandeld over de voorwaarden, waarop Maatschappijleden zich aan nog op te richten arbeidersfondsen zouden mogen verbinden. De NMG-commissies CO en CV probeerden de Federatievertegenwoordigers Van Schaik en de zijnen duidelijk te maken, dat de NMG haar leden niet kon dwingen met de onderlinge ziekenfondsen overeenkomsten te sluiten.

De gesprekken bleven daarom zonder resultaat. De CO en de CV waren wel bereid eventueel met de Federatie mee te werken aan de uitvoering van het wetsontwerp-Aalberse en bij de oprichting van nieuwe ziekenfondsen, als dit bij de invoering van deze wet noodzakelijk bleek. De Federatie probeerde de NMG in 1920 opnieuw tot een overeenkomst te overreden, eveneens zonder succes.¹⁹¹

Van Bruggen van de CO beschreef in 1920 de verschillen in de standpunten van de NMG en de Federatie.¹⁹² De Federatie sprak zich uit tegen handhaving van doktersfondsen en propageerde een

groot ziekenfonds per gemeente, hetzij in de vorm van een overheidsfonds hetzij als zelfstandig fonds met overheidssteun. De NMG zou volgens Van Bruggen ook na de wet via de contracten haar artsen aan de fondsen ter beschikking stellen. Volgens de Federatie zou er zonder dokters- en ondernemersfondsen geen ziekenfondsstrijd meer zou zijn, maar voor Van Bruggen stond deze situatie gelijk met *volledige onderwerping van de geneeskundigen*.¹⁹³ Toen hij in 1912 met zijn strijd voor de Maatschappijfondsen begon, had hij er geen idee van dat *deze zo'n grote beroering in het kamp der andersdenken teweeg zou brengen* en eigenlijk niet op de gecombineerde weerstand van de onderlinge fondsen gerekend. De Maatschappijfondsen vormden daarom de verdediging voor de onafhankelijkheid van de geneeskundige stand tegen de onderling beheerde fondsen.

Van Bruggen was bang dat de Federatie de concurrentiepositie van de Maatschappijfondsen zou verlammen, de geneeskundigen in een afhankelijkheidspositie wilde brengen en de artsen en apothekers uit de besturen van de ziekenfondsen probeerde te weren. De NMG bestreed niet dat ziekenfondsen uitsluitend door leken beheerd konden worden, zolang andere fondsen ook wettelijk rechten gegund zouden zijn. Zij had immers zelfs met deze fondsen overeenkomsten gesloten om de handhaving van de wederzijdse rechten en plichten te garanderen. Van Bruggen speelde de Federatie de Zwarte Piet toe voor de verschillen tussen de organisaties.

Deze negatieve sfeer veranderde al snel en door onverwachte oorzaken. In Utrecht waren de fondsen Ziekenzorg en Liduina sinds juli 1920 met de plaatselijke artsen in conflict over herziening van het collectieve contract. De belangrijkste problemen werden gevormd door de welstandsgrens en verhoging van de honoraria. Dit geschil was nogal uit de hand gelopen, en in een poging het NVV aan hun kant te krijgen hadden een paar leden van de Vereeniging van Doktoren en Apothekers de vakbond het voorstel gedaan eens te praten over reorganisatie van het ziekenfondswezen.¹⁹⁴ De vakbonden waren zich voor het geval gaan interesseren, nadat Ziekenzorg en de arts Wefers Bettink door middel van scheldkanonnades in de kranten hun gemoed hadden gelucht.¹⁹⁵

De verhouding tussen Federatieziekenfondsen en de vakbonden was in 1920 bijzonder koel. De bonden hadden in 1913 en 1914 de ziekenfondsen bij hun problemen met de NMG geweigerd te steunen, ook na de oprichting van de Federatie.¹⁹⁶ De NVV-bestuurder F.S. Noordhoff probeerde dit in 1931 tijdens een NVV-vergadering in Utrecht te verklaren.¹⁹⁷ Volgens hem had de vakbeweging in 1913 nog haar handen vol aan *de dagelijksche strijd voor verbetering van de arbeidsvoorwaarden van haar leden* en moest zij *verder nog erkenning afdwingen van de tegenstrevende werkgevers*. De bonden hadden toen geen tijd voor het ziekenfondswezen, *waarvoor de individuele arbeiders geen al te groote belangstelling toonden*.

Op 28 juni 1922 had het Dagelijks Bestuur van de CO, bestaande uit de artsen Cohen, Boerma, Koch en Hamaker, een ontmoeting met het Dagelijks Bestuur van het NVV.¹⁹⁸ Tijdens dit gesprek werd de indruk gewekt dat het NVV en de NMG wel in een een-tweetje een effectieve regeling voor het landelijk ziekenfondswezen konden treffen. De vakbond en de Maatschappij werden het snel eens over de bestuurssamenstelling, de honorariumregeling, de welstandsgrens en de vrije artsenkeuze. Er moest alleen nog iets met de NMP worden geregeld over het achterwege laten van vrije apothekerskeuze en het vaststellen van kwaliteitsnormen voor afgeleverde recepten. De artsen en de vakbonden dachten zo de Nederlandse ziekenfondsverzekering op poten te hebben gezet.

Dat ging dus niet. Het Federatiebestuur had zich altijd gepikeerd gevoeld dat de vakcentrale de onderling beheerde fondsen in de moeilijke periode 1913-1918 in de steek had gelaten, maar werd nu gedwongen door de snel opgekomen vriendschap tussen NMG en NVV zich in het debat te mengen en het NVV aan zijn kant te krijgen.¹⁹⁹ Volgens de Federatie had de vakbond onvoldoende kennis en ervaring om de NMG in de ziekenfondskwestie weerwoord te bieden. Zij zag ook geen heil in door de vakbeweging en NMG gezamenlijk beheerde landelijke ziekenfondsen en in deelname door de vakbeweging in de fondsbesturen. Dit laatste was in strijd met het zelfbeschikkingsrecht van de ziekenfondsen en met het principe van de evenredige vertegenwoordiging in de fondsbesturen van artsen, apothekers en verzekerden. De verkiezing van verzekerdenvertegenwoordigers moest worden overgelaten aan de arbeiders-leden, die trouwens toch voor het grootste deel lid waren van een vakbond.

Dat het NVV niet helemaal op de hoogte was van de organisatie en de verstrekkingenpakketten van de ziekenfondsen bleek uit de brief die de andere vakorganisaties hadden gekregen. Het NVV was in dit schrijven ervan uitgegaan dat ziekenfondsen ziekenhuis- en sanatoriumverpleging helemaal niet vergoedden, terwijl dit toch her en der wel het geval was.²⁰⁰

Het NVV kreeg bij een gezamenlijk overleg op 14 september 1922 ook tegenstand van de andere vakbonden.²⁰¹ Deze groep werd gevormd door de confessionele bonden het Rooms-Katholiek

Vakbureau, het Christelijk Nationaal Vakverbond, de socialistische bonden Algemeen Nederlands Vakverbond en het Nationaal Arbeids-Secretariaat.

Het NVV was voorstander van een groot landelijk ziekenfonds. Door de grote versnippering en de concurrentie tussen de ziekenfondsen werd in veel plaatsen geld verspild, terwijl fondsen elders overschotten hadden. De andere bonden zagen van een zekere centralisatie wel de voordelen, maar wilden deze beperken tot een federatief verband. Zij hadden geen behoefte aan uitbreiding van hun machtssfeer door zich met het ziekenfondswezen bezig te houden, want zij zouden zich daarmee in een wespennest steken en te veel verantwoordelijkheid krijgen, die zij eigenlijk niet wilden. Het ziekenfondswezen moest worden verbeterd, maar zonder dat de bonden gevaar zouden lopen en er direct bij betrokken raakten. De katholieken daarbij namen een eigen standpunt in. Deze zagen een ziekenfonds meer als een verzuilde standsorganisatie met morele belangen dan als een vakbondszaak. Zij waren tegen een landelijk ziekenfonds, maar bleken wel bereid hun plaatselijke fondsen in een federatie te brengen.

De NVV-vertegenwoordiging had het verzet van de Federatie en de andere vakbonden blijkbaar verwacht. Zij stelde een commissie voor, samengesteld uit de vertegenwoordigers van de vijf vakcentrales, de Federatie en de NMG. De katholieke vertegenwoordiger kon hierbij niet nalaten op te merken dat zijn organisatie al sinds jaren samenwerkte met de andere katholieke stands- en vakorganisaties. Hij wees op de zorgfaciliteiten die binnen de eigen zuil waren gerealiseerd: ziekenhuizen, sanatoria, wijkverpleging en de eigen ziekenfondsen als Liduina. Het NVV kon hier niet op bogen en zou de religieuze fondsen altijd hun plaats moeten gunnen.

Het NVV probeerde de Federatie tegemoet te komen door te beloven dat de vakbond haar belangen zo veel mogelijk zou verdedigen. De vakorganisatie verklaarde zelfs dat zij van verdere gesprekken met de zorgaanbieders zou afzien als de Federatie tijdens de onderhandelingen met de artsen en apothekers onoverkomelijke bezwaren zou hebben.²⁰² De ziekenfondskoepel kon toen niet anders dan met de NVV-NMG-actie meedoen en sloot met het NVV een convenant voor een voorlopige samenwerking.²⁰³

Het NVV had er door deze onderhandelingen voor gezorgd dat de vakbonden, de artsen, de apothekers en de onderlinge ziekenfondsen voor de eerste maal in staat waren tot gezamenlijk overleg. Op 14 november 1922 werd op een bijeenkomst besloten tot de oprichting van een commissie, die tot taak kreeg te onderzoeken hoe de eenheid in het Nederlandse ziekenfondswezen kon worden bevorderd of *geünificeerd*. De Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, de NMT, werd op haar verzoek ook bij deze commissie betrokken. De Unificatiecommissie was geboren. De belangrijkste zorgaanbieders, de ziekenfondskoepel en de vakcentrales waagden met deze Unificatiecommissie zelf een poging de ziekenfondsmarkt te ordenen. Het was een initiatief van een beperkte groep. Andere zorgaanbieders, als de Kruisverenigingen en de verloskundigen, de overige ziekenfondsen en de verzekerden zelf waren niet vertegenwoordigd.

De Unificatiecommissie bestond uit twee commissies, de grote en de kleine. De kleine commissie deed onderzoek, verzamelde cijfermateriaal en stelde de concepten op voor de discussies die in de grote commissie werden gehouden. De vergaderingen van de commissies waren vreedzamer en constructiever dan in het verleden voor mogelijk gehouden zou zijn. Het resultaat van alle gesprekken en onderzoek was een rapport, dat een blauwdruk was van het op dat moment door alle betrokken partijen gewenste ziekenfondsbestel: het Unificatierapport, dat in 1925 het levenslicht zag.

Het Unificatierapport

Het Unificatierapport bood een overzicht van het in 1924 voor de ziekenfondsen te realiseren verstrekkingenpakket met de geschatte kosten en de vereiste contributies.²⁰⁴ Er werden richtlijnen gegeven voor de ziekenfondsadministratie en het personeelsbeleid, de rechtspositie en honoraria van de medewerkers en de samenstelling van de fondsbesturen. De Unificatiecommissie probeerde ook aan te geven waarom centralisatie van het ziekenfondswezen noodzakelijk was.

De commissie constateerde dat de geneeskundige behandeling van de ziekenfondsverzekerden te wensen overliet. Het aantal patiënten, ingeschreven bij een huisarts, was te hoog. Deze handelde tijdens zijn ochtendspreekuur vaak 50 tot 70 patiënten af.²⁰⁵ De vergoeding van specialistische hulp was te laag. De verstrekking van ziekenhuisbehandeling, sanatorium- en wijkverpleging en tandheelkundige behandeling was kwalitatief onvoldoende en werd te weinig of helemaal niet verstrekt. Deze problemen konden gedeeltelijk worden opgelost door centralisatie en fusie van de ziekenfondsen, maar dit moest niet tot het uiterste worden doorgevoerd. De commissie wilde de confessionele vakbonden tegemoetkomen door te verklaren dat één neutraal fonds per grote stad niet

noodzakelijk was. Men was er ook niet zeker van dat *onbeperkte opvoering van het aantal verzekerden de exploitatie van een ziekenfonds progressief ten goede kwam*.²⁰⁶ Er werd verondersteld dat grote ziekenfondsen met honderdduizenden leden niet efficiënt zouden kunnen werken.

De leden van de commissie verschilden van mening over de deelname van de artsen en apothekers aan de fondsbesturen. De Federatie en het RKV wilden hen uitsluitend accepteren als vertegenwoordigers van de medewerkers en als deskundigen, maar dan zonder stemrecht.²⁰⁷ De vertegenwoordiger van de NMT vond het niet nodig dat medewerkers deelnamen aan de besturen. De concurrentie tussen de artsen, apothekers en tandartsen om de honoraria werd door bestuursverantwoordelijkheid te groot. Hij stemde wel in met de mening van de Federatieman Van Schaik dat zij hun know-how zouden moeten kunnen inbrengen door middel van Commissies voor medische en farmaceutische zaken. Als dit samen met de regeling van een goede rechtspositie in een collectief contract kon worden ondergebracht, dan hoefden deze groepen niet in het bestuur vertegenwoordigd te zijn. Het standpunt van de tandartsen stond haaks op dat van de artsen en apothekers, die vasthielden aan hun bindende besluiten. Uiteindelijk werd als compromis bereikt dat huisartsen, specialisten en apothekers in de besturen opgenomen konden worden, maar dat de meerderheid van het bestuur zou moeten bestaan uit fondsleden.²⁰⁸

Men verschilde ook van opvatting over de vertegenwoordiging van de vakcentrales in de fondsbesturen. De meerderheid van de Unificatiecommissie wilde geen plaatselijke vakbondsleden als bestuursleden. Er waren te veel vakbonden en in de fondsbesturen mochten alleen mensen worden benoemd op grond van persoonlijke capaciteiten. De bonden waren het hier niet mee eens. Na zich jaren afzijdig te hebben gehouden, wilden zij nu een organisatorische samenwerking tussen ziekenfondsen en vakbonden. Dit was geen probleem voor de commissie, maar voor de fondsen en de bonden zelf.²⁰⁹

De blauwdruk voor een landelijke ziekenfondsorganisatie zag er als volgt uit: alle ziekenfondsen uit een regio moesten zich verenigen in districtfederaties. De fondsen zouden de individuele geneeskundige verzorging regelen, terwijl de districtfederaties verantwoordelijk waren voor de behartiging van de sociaal-hygiënische en de algemeen medische belangen. Een Centrale Raad in de vorm van een federatief orgaan zou de algemene leiding van het ziekenfondswezen krijgen.

Deze Raad zou moeten worden gevormd door vertegenwoordigers van alle organisaties die betrokken waren bij de zorgverlening: ziekenfondsen, artsen, apothekers, tandartsen, wijkverplegenden, vroedvrouwen en vakcentrales. Er werd geen regeringslid opgenomen, maar dit was wel bespreekbaar. Idealiter zou deze Raad de beschikking moeten krijgen over alle subsidies die de overheid voor de gezondheidszorg beschikbaar stelde. De Raad zou deze dan als Centrale Kas naar behoefte onder de districtfederaties kunnen verdelen.

De vrije artsen- en apothekerskeuze werd omschreven als de vrije keuze van de verzekerde uit de aan het fonds verbonden medewerkers, inclusief de tandartsen. De fondsen zouden verplicht zijn alle medewerkers in de regio te contracteren. De NMG- en NMP-criteria van iedere te goeder naam en faam bekende arts, apotheker en tandarts moesten als norm voor kwaliteit van de betrokken medewerker gelden. De commissie was tegen loondienstverband van artsen en tandartsen. Zij sprak zich ook uit tegen eigen ziekenfondsapotheken als bij de Volharding, tenzij deze met behoud van kwaliteit goedkoper recepten konden leveren dan zelfstandige apotheken.

De rechtspositie van de medewerkers zou moeten worden geregeld in overeenkomsten tussen de ziekenfondsen en de medewerkerskoepels. Voor de honorering werd de voorkeur gegeven aan het abonnementensysteem. Per ziel per jaar zou voor een huisarts in de stad *f* 3,25 en op het platteland *f* 3,50 voldoende zijn. Overeenkomstig de algemene normen werd een ziekenfondspraktijk op een maximale norm van 3.500 gesteld.

Het Unificatierapport: verstrekkingenpakket en contributieberekening

Het lidmaatschap van de fondsen zou verplicht moeten zijn voor alle arbeiders die onder een toekomstige ziektewet verzekerd zouden zijn. Hierdoor werd gezorgd dat ook de goede risico's deelnamen.²¹⁰ Een welstandsgrens werd niet nodig gevonden. Onvermogensden zouden met hun gezinnen kunnen worden toegelaten, mits de Armbesturen een aanvullende premie zouden betalen. Zij waren door hun minder goede gezondheid voor de fondsen immers slechte risico's.²¹¹ De problemen met de middenstandsverzekering zouden door het loslaten van de welstandsgrens ook gedeeltelijk kunnen worden opgelost. Naast de arbeiders zouden dan ook mensen uit de lagere middenklasse, die geen particuliere tarieven konden betalen tot de fondsen moeten worden toegelaten. Plaatselijke commissies zouden de juistheid van dit lidmaatschap moeten beoordelen.

Het ziekenfondsverstrekkingenpakket diende volledig en landelijk uniform te zijn. Het moest voorzien in huisartsen- en specialistische hulp, chirurgische en conserverende tandheelkundige behandeling door tandartsen, verloskundige hulp door vroedvrouwen en artsen, genees- en verbandmiddelen, alle kunst- en hulpmiddelen, ziekenhuis-, sanatorium- en wijkverpleging en vaccinatie.

De commissie vond de bestaande specialistische hulp door de ziekenfondsen onvoldoende. In de kleine steden en op het platteland werd nog te veel gespeculeerd op de hulp van gratis werkende poliklinieken en ziekenhuizen uit de grotere stedelijke centra. Soms werd de specialistische hulp daar wel betaald door een kerkelijk armbestuur of de gemeente. Kleine ziekenfondsen en doktersfondsen vergoedden incidenteel een operatie als de betrokkene geen gratis specialistische hulp kon krijgen. In sommige delen van Nederland was de situatie wel wat beter als de dorpsziekenfondsen een plaatselijke afdeling waren van een groter ziekenfonds, zoals in de omgeving van Alkmaar, of als een ziekenfonds een contract had gesloten met specialisten in andere plaatsen. Verzekerden uit Zaltbommel hadden hierdoor recht op specialistische hulp uit Utrecht en 's-Hertogenbosch. In de grotere plaatsen was de specialistische hulp volgens de bevindingen van de commissie ook onvoldoende. In Amsterdam, Rotterdam, Groningen, Haarlem en andere steden werd door de ziekenfondsen alleen poliklinische hulp vergoed.

De commissie erkende dat de specialisten benadeeld werden bij de betaling van de ziekenfondshonoraria.²¹² In de meeste steden werd in de behoefte aan klinische specialistische hulp voor de ziekenfondsverzekerden voorzien door aan ziekenhuizen verbonden specialisten. Deze hulp werd nog steeds of kosteloos of tegen een door het ziekenhuis betaald te laag honorarium verstrekt. De ziekenhuizen hadden te veel macht tegenover de specialisten. De meesten behandelden de *patiënten der laagste klasse* nog steeds gratis of bijna gratis, omdat zij anders hun particuliere patiënten niet in de ziekenhuisklinieken mochten behandelen. De ziekenhuisbesturen werden ervan beschuldigd te speculeren op het feit dat deze specialisten hun vaardigheden en bekwaamheden alleen op peil konden houden door een nagenoeg onbezoldigde klinische praktijk. De onderlinge concurrentie tussen de specialisten was groot.

De commissie wilde een nieuwe honorering voor de specialistische verrichtingen om te voorkomen dat de specialistische hulp voor de ziekenfondsen een ongelimiteerde post zou blijven. De fondsen zouden per verzekerde per jaar een vast bedrag moeten reserveren en een contract kunnen sluiten met een organisatie die de verschaffing van deze specialistische hulp zou verzorgen. Deze organisatie zou kunnen zorgen voor vaste tarieven en deze reserveringen moeten gebruiken voor de verdeling van de honoraria. De Unificatiecommissie achtte de specialistenpot het beste honorariumsysteem. In de praktijk werd per verzekerde f 0,80 tot f 2 betaald.²¹³ Volgens de voorgestelde regeling was voor volledige specialistische klinische hulp f 2 per jaar per ziel voorlopig voldoende en voor poliklinische hulp f €0,90.²¹⁴

In 1924 was de tandheelkundige hulp voor de ziekenfondsen nog steeds een ondergeschoven kindje. Zij vergoedden meestal alleen het trekken van tanden en kiezen, eufemistisch de chirurgische tandheelkundige behandeling genoemd. Een paar ziekenfondsen hadden een tandarts in dienst die, als hij of zij tijd over had ook conserverende hulp verleende. Onderlinge fondsen als het Utrechtse Ziekenzorg en de Haagse Volharding hadden een bijna volledig tandheelkundig pakket.²¹⁵ Het Amsterdamse AZA had in 1922 vijf poliklinieken, waar 20.000 bezoeken werden gebracht. Bij dit fonds kwamen vullingen en tandsteenreiniging geheel voor rekening van de verzekerden. Over de vergoeding van verdovingen werd helemaal niet gesproken.²¹⁶ De NMT probeerde sinds haar oprichting in 1914 deze wantoestanden aan te pakken. Haar leden werden door de artsen en apothekers nauwelijks als collega's gezien.

De tandheelkundige zorg in Utrecht maakte duidelijk hoe ernstig de situatie was. In 1921 werd door de Utrechtse fondsen, met uitzondering van Ziekenzorg, f 1.800 gulden uitgegeven voor de tandheelkundige zorg voor 21.000 verzekerden.²¹⁷ Vier tandartsen hielden om beurten spreekuur in een lokaaltje, waar alleen werd getrokken. De toeloop op deze tandheelkundige polikliniek of *trekcentrale* werd echter zo groot, dat zelfs deze minimale hulp niet meer te geven was. De tandartsen, gesteund door de NMT, stelden voor de ergste nood te verhelpen door langere spreekuren te houden. Zij verzochten daarvoor aarzelend een honorariumverhoging van f 1 per uur, maar kregen nul op het rekest. Een paar ziekenfondsartsen wilden de genoemde f 1.800 wel onderling verdelen en verklaarden dat zij wel zouden trekken. Hun collega's bij VHZ vonden dit te ver gaan, maar de tandartsen kregen geen verhoging.

De Unificatiecommissie dacht deze problemen te kunnen verhelpen door een landelijke regeling. De verzekerden zouden vrije tandartskeuze krijgen, waarbij de ziekenfondspraktijk werd genormeerd op

12.000 verzekerden per tandarts. Per ziel zou *f* 0,50 voor deze zorg worden gereserveerd. De tandarts zou een uurloon krijgen van *f* 6. Hij zou daarbij zelf moeten zorgen voor apparatuur, materiaal, personeel en lokalen. Hij mocht maximaal een halve werkdag, 3,5 uur, ziekenfondssprekuren houden en moest buiten deze tijd prothetische behandelingen verrichten. Vullingen werden vergoed, verdovingen niet. Deze regeling werd geaccepteerd door de NMT en had voor de Nederlandse gebitsverzorging een grote noodzakelijke verbetering kunnen betekenen.

*Schatting van de kosten in guldens van het volledige ziekenfondspakket per 1.000 inwoners*²¹⁸

Verstrekking	stad	platteland
Honorarium huisartsen	3.250	3.500
" specialisten	2.000	1.500
" apothekers	2.000	2.000
" tandartsen	500	500
Geneesmiddelen	1.500	----- ²¹⁹
Verloskundige hulp	560	560
Kunst- en hulpmiddelen	140	140
Verplegingsartikelen	20	----
Ziekenhuisverpleging ²²⁰	4.000	2.625
Wijkverpleging	300	300
Ziekenvervoer	70	125
Administratiekosten	1.000	750
Reserve en onvoorzien	368	294
Totaal	15.708	12.294

Zonder subsidies zou voor dit pakket in de steden een weekpremie van \pm 45 cent per volwassene en 5 cent per kind nodig zijn. Op het platteland werden deze geschat op 34,5 en 5 cent per week. De leeftijdsgrens voor kinderen werd gesteld op 17 jaar. De Unificatiecommissie beschouwde de premies zoals ze in Amsterdam werden betaald, 25 cent per volwassenen en 5 cent per kind, als de grenzen van de draagkracht van de ziekenfondsverzekerde. Regering, provincie, gemeente en de Rijksverzekeringsbank zouden het voorgestelde ziekenfondspakket dan ook moeten subsidiëren.

De ziekenfondsen zouden bij de invoering van dit pakket en de verlening van overheidssubsidie hun taken kunnen uitbreiden tot ziektepreventie of profylaxe. Zij konden dan ook de sanatoriumverpleging vergoeden, die tot dan toe ten laste kwam van de Invaliditeitswet en de gemeente. De gemeentelijke begrotingen zouden daardoor worden ontlast omdat een deel van de kosten voor ziekenhuisverpleging en geneeskundige armenzorg dan voor rekening van de ziekenfondsen kwam. Zij zouden ook de kosten voor wijkverpleging kunnen overnemen, die gedeeltelijk werden betaald met incidentele subsidies van de provincies aan de kruisverenigingen.

Waarom geen geünificeerd ziekenfondsbestel?

Het ziekenfondsbestel, zoals in het Unificatierapport werd voorgesteld, was door de betrokken partijen zonder overheidsbemoeienis in onderling overleg vastgesteld. Het was een compromisvoorstel, realistisch en uitvoerbaar. Zorgaanbieders, ziekenfondsen en vakbonden beschouwden het voorgestelde verstrekkingenpakket als noodzakelijk voor de gezondheidszorg van de ziekenfondsverzekerden, waarbij werd ingezien dat de daarbij noodzakelijke premies door de verzekerden niet konden worden opgebracht. De overheid, die bij het wetsvoorstel-Aalberse al met de geldbuidel had gezwaaid werd als subsidieverlener gezien, maar zonder dat zij zich door middel

van regelgeving met de ziekenfondsverzekering mocht bemoeien. Door de herverdeling van de geldstromen zouden de ziekenfondsen juist taken van de overheid kunnen overnemen.

Het Unificatierapport werd helaas op de stapel afgelegde wetsvoorstellen neergelegd, want alle partijen moesten te veel inleveren. Het rapport was een compromis, waarmee uiteindelijk geen organisatie tevreden was en het zou geen praktisch nut hebben. Het voornaamste struikelblok bleef het oude verschil in inzicht tussen de Federatie en de NMG over de invulling van het begrip vrije artskeuze, de deelname van de artsen en apothekers aan de ziekenfondsbesturen en het door de ziekenfondsen beheren van eigen instellingen.²²¹

Bij doorvoering van de voorstellen uit het rapport zouden de fondsen alle zich aanmeldende doktoren en apothekers als medewerkers moeten aannemen en een permanent contract dienen aan te bieden.²²²

De ziekenfondsen zaten dan voor het leven aan hun medewerkers vast. De Federatie vond het onverteerbaar dat de fondsen de mogelijkheid moesten openlaten artsen en apothekers in hun besturen op te nemen. De NMG had er nu juist mee ingestemd dat fondsbesturen geheel uit verzekerden konden bestaan als de rechtspositie van de artsen maar bij wet geregeld was. De artsorganisatie toonde zich zelfs bereid de Maatschappijfondsen op te heffen, maar krabbelde al snel terug.²²³

Het tweede bezwaar voor de Federatie lag in de positie van de eigen instellingen. Bij de uitvoering van de richtlijnen van het Unificatierapport zou het exploiteren van eigen apotheken worden bemoeilijkt en zouden de tandheelkundige klinieken van de onderlinge fondsen worden opgeheven. De Federatie zag zich nu juist door de houding van de artsen gedwongen om deze instellingen op te richten. Het Haagse Federatiefonds de Volharding had in 1924 besloten alleen nog artsen aan te nemen die geen particuliere praktijk zouden houden.²²⁴ Deze nieuwe artsen zouden een loondienstverband krijgen.

Dit veroorzaakte in 1924 bij de Volharding een geschil tussen het bestuur en de artsen, waarbij ook de NMG betrokken raakte. De Maatschappij probeerde met het bestuur een collectieve overeenkomst te sluiten en bij dit fonds de vrije artskeuze door te voeren.²²⁵ De NMG was bang dat bij een overwinning van het Haagse fonds de Federatie haar leden zou adviseren artsen in vaste dienst te nemen. De Volharding loste het probleem op door op 16 april 1925 alle huisartsen en specialisten gewoon te ontslaan.²²⁶ Er bleken voldoende collegae bereid om tegen een goed maandsalaris de Haagse fondsverzekerden te bedienen.

Een volgend probleem voor de Volharding was de ziekenhuisverpleging. De Haagse ziekenhuizen weigerden de Volhardingartsen toe te laten voor het opereren van hun patiënten. De Volharding opende daarom op 26 januari 1926 een eigen kliniek.²²⁷ Op dat moment kon het Haagse onderlinge fonds als enige fonds in Nederland een verstrekkingenpakket bieden, dat bijna volledig in eigen beheer werd uitgevoerd: huisartsen- en specialistenhulp, tandheelkundige, paramedische en klinische zorg en farmaceutische verstrekkingen. De Volharding werd hierdoor tot afschrikwekkend voorbeeld voor de georganiseerde artsen en apothekers.

De bestaande niet-Federatiefondsen zouden door de acceptatie van het Unificatierapport niet verbeteren. De Maatschappijfondsen zouden als concurrerende fondsen blijven bestaan en de commerciële fondsen zouden niet verdwijnen. De cijfers uit het rapport waren in 1925 al achterhaald. Het gewijzigde wetsontwerp-Aalberse bevatte niet meer het voornemen de ziekenfondsen te subsidiëren en het rapport was zonder rijksbijdrage niet uitvoerbaar.²²⁸

De Federatie was voorstander van eenheid en vereenvoudiging van het ziekenfondswezen, maar wilde zich niet binden aan de artsen en apothekers als financieel belanghebbenden. De verzekerden van de Federatiefondsen zouden bij de uitvoering van het Unificatierapport geen enkel voordeel hebben, maar al spoedig beschouwd worden als *uitbuitingsobject*.²²⁹ De Federatiefondsen zouden hun zelfstandigheid verliezen en dat was onverteerbaar. Hoewel het Unificatierapport tijdens de Algemene Vergadering op 18 november 1925 door de Federatie werd aangenomen, distantieerde zij er zich uiteindelijk van.²³⁰

De Federatie bekritiseerde de rol van de vakbonden. De bonden hadden het initiatief van de artsen in 1922 aangegrepen als een ongezochte gelegenheid zich in ziekenfondszaken te mengen. Zij moesten vroeger niets van de fondsen weten, maar hadden nu de *ziekenpotjes en fondsen nodig voor hun propaganda*.²³¹ Toch was de ziekenfondsorganisatie bereid met de bonden samen te werken, want zij kon ze nog wel eens nodig hebben.

Het RKWV had ook bezwaren tegen het Unificatierapport. De bond had zich al tegen het principe van een fonds per plaats verklaard, maar had ook andere opvattingen over het kruiswerk.²³² Het wilde het werk van het katholieke Wit-Gele Kruis veiligstellen door te eisen dat een ziekenfonds zich pas met de wijkverpleging zou mogen inlaten als de kruisverenigingen onvoldoende functioneerden.

Het Unificatierapport was achteraf ook niet verteerbaar voor de NMG. Weliswaar was ooit opgemerkt dat zij bereid was haar Maatschappijfondsen op te geven, maar zij krabbelde al snel terug en handhaafde haar opvattingen zoals in de bindende besluiten vastgelegd.²³³

De Unificatiecommissie hield haar laatste vergadering op 18 maart 1926.²³⁴ Alle partijen waren het erover eens dat verder samenwerken voor Unificatie meer aan de orde was. De partijen, op dat moment bestaand uit de koepels van de zorgaanbieders NMT, NMP en NMG, de Federatie en de vakbonden CNV en het NVV, waren wel bereid tot overleg om het ziekenfondswezen te bevorderen, maar een initiatief als de Unificatie was niet mogelijk. De standpunten, met name van de Federatie en de NMG, lagen te ver uit elkaar, vooral met betrekking tot de vrije artsenkeuze.²³⁵

Er werd nog gesproken over een permanente landelijke commissie om geschillen tussen de ziekenfondsen en de medewerkers op te lossen, maar ook dit leverde niets op. Noch de Federatie, noch de NMG had behoefte aan zo'n initiatief. Van Schaik, de afgevaardigde van de Federatie en de artsen Boerma en Schnitzler merkten op dat zij elkaar voortdurend tegenkwamen bij contractbesprekingen en dat problemen steeds door onderhandelingen werden opgelost. *De Federatie had wel eens meer met de doktoren gevochten* en toch waren de verhoudingen steeds verbeterd. Schnitzler merkte nog op dat Federatie niets te verwijten viel. De afgevaardigden naar de Unificatiecommissie hadden geen bindend mandaat.

Het Unificatierapport was een momentopname, de ideeën waren de gedachten van de individuen, niet van hun organisaties. Dit bleek de zwakheid van het initiatief. De ziekenfondsen en de artsen waren dus ook niet in staat om op landelijk niveau eenheid te brengen in het ziekenfondsbestel, maar losten hun problemen steeds beter op lokaal niveau op.

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

Een van de gevolgen van het mislukken van de Unificatiecommissie was de versterking van de invloed van de verzuiling op het ziekenfondsbestel. De verzuiling had tot dan toe de relatie artsen-ziekenfondsen indirect beïnvloed, omdat in de wetsontwerpen van Kuyper, Veegens, Talma en Aalberse volgens confessionele principes de uitvoering van de ziekenfondsverzekering in handen bleef van de ziekenfondsen en niet in handen van de overheid zou worden gelegd. De directe invloed van verzuiling op de verhoudingen tussen de artsen en de fondsen werd sinds 1925 steeds groter door de versterking van de katholieke zuil.

De vakbonden, katholiek en neutraal, werkten in de Unificatiecommissie wel samen met de Federatie, maar er was geen sprake van samenwerking tussen de Federatie, de katholieke vakbeweging en de katholieke fondsen. Het bestuur van de katholieke vakbond, na 25 januari 1925 Rooms-Katholiek Werklieden Verbond of RKWV genoemd, nam het de Federatie zelfs kwalijk dat het initiatief van het Unificatierapport op niets was uitgelopen. Volgens A.C. de Bruyn, de voorzitter van het RKWV, kon de Federatie het niet hebben dat de vakbeweging zich met het ziekenfondswezen ging bezighouden.²³⁶ Hij zag geen enkele reden tot samenwerking met de Federatie, maar wel met de andere vakcentrales en de artsen- en apothekersorganisaties. Bij de oprichting van het RKWV was een beginselprogramma opgesteld, waarin werd opgenomen dat de katholieken zouden streven *langs de weg van eigen initiatief en zelfhulp* de arbeidende stand te verheffen.

Volgens dit beginselprogramma zouden de bestaande onderling beheerde katholieke ziekenfondsen worden versterkt volgens morele richtlijnen, die in 1916 door de bisschoppen waren afgekondigd.²³⁷

Het uitgangspunt van de bisschoppelijke actie was de moraalclausule: het ongerept handhaven en beschermen van de katholieke gebruiken en voorstellingen, die bij ziektegevallen een gunstige invloed hadden.²³⁸ De artsen die voor katholieke fondsen werkten, moesten zich tegen de principes van de Neo-Malthusiaanse bond verklaren en bereid zijn de moraalclausule in hun medewerkersovereenkomst te accepteren. Het ging vooral om de bescherming van het ongeboren leven. De katholieken voerden in deze tijd fel strijd tegen abortus en andere middelen tot geboortebeperving.²³⁹

Het RKWV moest in 1926 reageren op het mislukken van de Unificatiecommissie en op een nieuw initiatief van de opvolger van Aalberse, J.R. Slotemaker de Bruïne. Deze wilde het klein-ontwerp-Aalberse opnieuw indienen als eigen wetsontwerp, gekoppeld aan de ziekwet. De katholieke vakbeweging richtte daarom in overleg met de bisschoppen op 3 december 1926 een Centrale Commissie op, de CC.²⁴⁰ Deze katholieke ziekenfondscommissie was meer te vergelijken met de CO van de NMG dan met de Federatie. De CC was een initiatief van de katholieke vakbond. De Federatie was gevormd door de onderlinge arbeidersfondsen zelf. De doelstelling van de CC was niet alleen het behartigen van de belangen van de aangesloten ziekenfondsen, maar ook het oprichten

van nieuwe onderlinge katholieke fondsen, het bevorderen van de reglementaire eenheid en de controle van de administraties.

De commissie zou namens de fondsen de onderhandelingen met de koepels van de zorgverleners voeren en fungeren als geschillencommissie. Ze stemde steeds moeiteloos in met de voorwaarden die de NMG volgens haar bindende besluiten voor de rechtspositie van de artsen en de bestuursdeelname stelde, maar de uitvoering ervan ging met horten en stoten.²⁴¹

De moraalclausule leverde voor veel artsen problemen op. Er waren ook nogal wat artsen, met name op het Brabantse platteland, die geen concurrentie wilden met hun eigen Maatschappijfondsen. In de Meijerij was het Algemeen Afdelingsziekenfonds voor 's-Hertogenbosch en Omstreken nogal succesvol. In Kaatsheuvel kwam de commissie met de plaatselijk artsen in een Babylonische spraakverwarring: de plaatselijke artsen wilden een oud ziekenfonds van onbestemde herkomst omzetten in een afdelingsfonds, terwijl de arbeiders er een onderling katholiek ziekenfonds van wilden maken.

Deze Kaatsheuvelse kwestie was voor de Centrale Commissie aanleiding contact te zoeken met de NMG. L.H. van Romunde, de voorzitter van de Rooms-Katholieke artsenvereniging, was van mening dat artsen als medewerkers van katholieke ziekenfondsen rekening dienden te houden met de katholieke moraal en dat de NMG het oprichten van katholieke onderlinge ziekenfondsen niet moest tegenwerken.²⁴² Daarbij merkte een commentator in het blad van de Landelijke Federatie, *Het Ziekenfonds*, op dat andere ziekenfondsen op hun beurt van de katholieke artsen konden eisen, dat ze de principes van het Neo-Malthusianisme juist wel zouden toepassen en bereid zouden zijn tot geboortebepanking en abortus.

De Federatie verklaarde zich tegen samenwerking tussen de NMG en het RKWV. Zij voelde zich niet in een hoek gedreven²⁴³, maar betreurde de versnippering van het ziekenfondswezen als allerlei religieuze en politieke groeperingen hun eigen fondsen oprichtten.²⁴⁴ Zij verweet de Maatschappij dat deze zich bij de onderhandelingen voor het Unificatierapport had uitgesproken voor het stimuleren van een ziekenfonds per regio, maar uit eigenbelang door onderhandelingen met de katholieken de mogelijke vereenvoudiging van het ziekenfondswezen tenietdeed.

De NMG hield op 28 en 29 januari 1928 een Algemene Vergadering waar het Hoofdbestuur een voorstel deed om met het RKWV een overeenkomst te sluiten.²⁴⁵ De Maatschappij verplichtte zich te helpen bij het oprichten van katholieke ziekenfondsen op de algemene voorwaarden, die in de collectieve overeenkomsten werden gebruikt. De artsen die aan dit contract zouden deelnemen zouden zich moeten houden aan de rooms-katholieke moraal. Het RKWV accepteerde onbeperkte toelating van alle artsen en specialisten en vrije keuze uit deze artsen door de verzekerden, toepassing van de regels van de toelating van niet-NMG-leden en de vaststelling van plaatselijke welstandsgrenzen.

De NMG gaf hiermee in feite haar opvattingen over de volledig vrije artsenkeuze prijs. NMG-leden, die principeel voorstander waren van het Neo-Malthusianisme, konden immers geen diensten verlenen aan katholieke ziekenfondsen. Deze conceptovereenkomst riep daarom bij de NMG-leden veel weerstand op.²⁴⁶ De meeste katholieke artsen, ook de Brabantse, bleken niets te voelen voor de ideeën van het Hoofdbestuur. De artsen merkten zelf ook dat de overeenkomst de vrije artsenkeuze van de NMG op losse schroeven zou zetten. Uiteindelijk zouden de katholieke fondsen streven naar het ideaal *in elk R.K. gezin een R.K. arts*.

De Federatie bleef het samenspel van de katholieke zuil en de belangenorganisatie van de artsen met lede ogen bezien. Zij verweet de katholieke vakbeweging sektarisme in het Nederlands ziekenfondsstelsel te brengen en probeerde als tegenwicht contact te zoeken met het NVV om te voorkomen dat de andere vakcentrales op eigen houtje politieke ziekenfondsen zouden stichten.²⁴⁷ De versnippering en verspilling zou steeds groter worden: *bij het oprichten van R.K. - en Chr. fondsen zal een deel van de arbeiders zich laten overschrijven, de Hollandsche kudde gedweeheid is bekend, doch staat vast dat nog een groot deel der georganiseerde arbeiders ingeschreven zijn als stamboeknummer in de Directiefondsen en de fondsen van de Mij. ter bevordering der Geneeskunst*. Een schets van de betrokkenheid van de Nederlandse ziekenfondsverzekerde in een notendop!

Inmiddels had het RKWV tot verbazing van de NMG en de Federatie zijn eisen met betrekking tot de toepassing van de moraalclausule laten vallen, als de NMG maar wilde medewerken aan de oprichting en instandhouding van katholieke ziekenfondsen.²⁴⁸ De NMG had meer moeite om voor de interne meningsverschillen over de samenwerking met de katholieke vakbonden een oplossing te vinden. Uiteindelijk verklaarden de Brabantse en Limburgse afdelingen dat de artsen niet onwelwillend stonden tegen de oprichting en instandhouding van levensbeschouwelijke oftewel

rooms-katholieke ziekenfondsen en de hantering van de moraalclausule. De bisschoppen zouden katholieke artsen anders zelfs kunnen verbieden lid te blijven van de NMG.²⁴⁹

De overeenkomst met het RKWV werd op de Algemene Vergadering van 1 juni 1930 aangenomen.²⁵⁰ Het kwam er in deze definitieve overeenkomst op neer dat de verzekerden van de katholieke ziekenfondsen verantwoordelijk werden gesteld voor de eerbiediging van de beginselen van de katholieke moraal bij hun medische verzorging. De verantwoordelijkheid voor de toepassing van de moraalclausule werd dus gelegd bij de verzekerden, niet bij de arts. Deze zou zich echter bij zijn behandeling moeten onthouden van handelingen of adviezen, waarbij de verzekerden in conflict zou komen met de katholieke zedenleer.

Opmerkelijk genoeg werd de principes van het bindend besluit van 1912 geweld aangedaan: artsen mochten hun medewerking verlenen aan katholieke ziekenfondsen, die door de NMG volgens dit bindend besluit niet konden worden erkend.²⁵¹ Het NMG-bestuur wilde hiermee nog proberen de vrije artsenkeuze bij deze fondsen te redden, maar het gevolg was dat dit bindend besluit zijn betekenis verloor en de NMG haar houding tegenover de Federatie zou moeten herzien. De principiële basis voor haar ziekenfondspolitiek sinds 1912 was hiermee verdwenen!

De zuil en de artsen hadden hun overeenkomst afgesloten na veel problemen, gewetensconflicten en onduidelijkheden. De overeenkomst had uiteindelijk zelf weinig gevolg. Eens te meer was de interne verdeeldheid bij de NMG gebleken, maar de Maatschappij had de morele problemen praktisch opgelost. De oprichting van katholieke ziekenfondsen was in een stroomversnelling gekomen, maar het belangrijkste resultaat was de versterking van de samenwerking Federatie-NVV. De NMG zou de manier waarop zij de ziekenfondsen benaderde, moeten aanpassen. De vrije artsenkeuze was altijd al moeizaam te realiseren, maar door het krampachtig manoeuvreren tegenover het RKWV eigenlijk niet meer te verdedigen.

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

1930 is met de invoering van de Ziektewet in de ontwikkeling van de relatie ziekenfondsen-artsen een cesuur. Sinds de NMG in 1912 haar ziekenfondspolitiek had geformuleerd, was er met name in de steden, waar voldoende ziekenfondsen waren, in de relatie een evenwicht ontstaan. De verhoudingen werden in onderling overleg geregeld door middel van collectieve overeenkomsten. Op het platteland werd de ziekenfondsverzekering verzorgd door de oude doktersfondsen, de Maatschappijfondsen en kleine onderling beheerde fondsen. De Ziektewet werd in 1930 van kracht en kon door de verplichting tot een ziekenfondslidmaatschap gevolgen hebben voor de krachtsverhoudingen tussen de onderling beheerde fondsen, gesteund door de vakbonden en de artsen. De overheid speelde daarbij een belangrijke rol. Hoe reageerden deze partijen op deze ontwikkelingen? Welke middelen gebruikten zij daarbij en wat waren hun principiële standpunten?

De werkloosheid, het gevolg van de crisis, had grote gevolgen voor het inkomen van de ziekenfondsverzekerden. De ziekenfondsen en de artsen zorgden in overleg met gemeentelijke overheden voor premiesubsidies om verlies van verzekerden te voorkomen: de crisisregelingen.

De ontwikkeling van de Maatschappijfondsen

Het had de NMG met de ontwikkeling van Maatschappijfondsen nooit meegezet. Sinds 1912 waren er op papier veel fondsen opgericht, maar bij dit stadium was het meestal gebleven. De plaatselijke artsen moesten als belanghebbenden deze fondsen zelf in werking stellen, maar over het algemeen konden maar een paar afdelingsleden er enig enthousiasme voor opbrengen. In de steden waren de contracten succesvoller, en op het platteland gaven de huisartsen de voorkeur aan hun privé-doktersfonds.²⁵² Praktische obstakels waren vaak de regeling van tandheelkundige hulp en de medewerking van de plaatselijke apothekers en specialisten. Sommige Maatschappijfondsen waren dan maar opgericht met uitsluitend de verstrekking van huisartsenhulp.²⁵³

Het Hoofdbestuur, het HB, en de Huisartsen Commissie, de HC, probeerden de Maatschappijfondsen te stimuleren door het ontwikkelen van modelreglementen, het verbeteren van de administraties door samenwerking met het Rotterdamsch Ziekenfonds en het geven van richtlijnen voor honorering. In 1921 werd geadviseerd te honoreren per ziel en niet per verzekerde en in het vervolg vaste bedragen uit te keren. Voor die tijd werd gewoon het exploitatie-overschot onder de artsen en apothekers verdeeld.²⁵⁴ Pas in 1927 kwam er een regeling voor de betaling van de specialisten die hun diensten aan de Maatschappijfondsverzekerden leverden. Het stelsel van de specialistenpot zou daarvoor als leidraad moeten dienen.²⁵⁵

De Maatschappijfondsen werkten niet samen. Ze bepaalden zelf of ze deelnamen aan het contract met het Rotterdamsch Ziekenfonds en stippelden hun eigen beleid uit. In 1919 was door de NMP en de NMG afgesproken dat zij autonoom zouden zijn, behoudens goedkeuring voor reglementsveranderingen en toezicht op het beheer.²⁵⁶ Het HB en de HC erkenden deze autonomie, maar zij vonden het in 1926 toch te gek dat er tussen 40 NMG-fondsen geen enkel overleg bestond. Deze fondsen moesten toch tegenover de Landelijke Federatie kunnen samenwerken.

Op 4 juli 1926 kwamen daarom voor de eerste maal de vertegenwoordigers van deze fondsen bij elkaar. Tijdens deze vergadering werden twee dingen duidelijk. De zelfstandigheid van de fondsen was beperkt omdat de NMG hun juridische eigenares was.²⁵⁷ Bij liquidatie zou de Maatschappij dus opdraaien voor de verliezen. Voorts bleek de behoefte aan de instelling van een gezamenlijke accountantsdienst voor controle op de administratie en aan een adviesorgaan. Dit zou kunnen worden voorbereid door overleg van de fondsadministrateurs, waarmee dezen door de artsen als professionals werden erkend en werden beschouwd als degenen met de grootste deskundigheid op het gebied van fondszaken. De afdeling Heerlen suggereerde zelfs een vakvereniging van administrateurs, maar dat ging de doktoren toch een tikkeltje te ver.

De accountantsdienst kwam er door tegenwerking van het HB niet. De NV CAVINED, de Centrale Administratie Verzekeringsinstellingen in Nederland, kwam er wel. Deze NV werd in 1928 opgericht door enkele HC-leden, die met dit administratiekantoor wilden proberen het beheer van de Maatschappijfondsen te verbeteren. Zij hadden met hun initiatief succes. In 1930 werd hun het administratief beheer van nieuwe fondsen gegund, waardoor deze CAVINED-fondsen onder de Maatschappijfondsen een groep met uniforme procedures en een uniform financieel beheer vormden.²⁵⁸

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

Het overleg van de vertegenwoordigers van Maatschappijfondsen werd jaarlijks voortgezet. In 1928 kwamen de fondsen overeen samen te werken bij het overschrijven van leden, die naar een andere gemeente verhuisden.²⁵⁹ Tegelijk spraken de HC en de Specialisten Commissie, de SC, en de Maatschappijfondsen de wens uit voor de oprichting van een Maatschappijfondsenfederatie en een algemeen landelijk Maatschappijfonds. Zij wilden hiermee proberen het streven van de Landelijke Federatie om nieuwe onderling beheerde fondsen op te richten tegen te gaan.

Het HB weigerde echter over deze ideeën te praten. Een centrale landelijke administratie van een dergelijk fonds zou te omslachtig zijn en te ver af staan van de plaatselijke ontwikkelingen.²⁶⁰ Een vereniging van fondsen was voor het HB helemaal uit den boze, ook al bleef de HC aandringen. De Maatschappijfondsen zouden zich zelfs van de Moedermaatschappij kunnen afscheiden als zij zich zouden verenigen in een federatie.²⁶¹ Het HB verklaarde met het oog op de inwerkingtreding van de nieuwe Ziektewet in 1929 de oprichting van nieuwe Maatschappijfondsen juist te zullen stimuleren en het werkgebied van bestaande fondsen uit te breiden.²⁶² Artikel 48 van deze wet zou immers bepalen dat een verzekerde alleen een uitkering zou krijgen als hij lid was van een ziekenfonds of zich van medische hulp voorzag. Concurrerende onderling beheerde ziekenfondsen zouden daardoor vermoedelijk als paddestoelen uit de grond schieten.²⁶³

De vertegenwoordigers van de fondsen voelden zich in hun hemd gezet.²⁶⁴ De Amersfoortse huisarts G.J. Prins, hun voorzitter, verklaarde dat het HB bang was dat de federatie te veel macht zou krijgen. Het HB was dus, net als bij de pogingen tot vereniging van de huisartsen en specialisten, bang dat dit initiatief de eenheid van de NMG zou verbreken. De vorming van een federatie van Maatschappijfondsen werd, zoals gebruikelijk bij de artsenorganisatie, een machtsstrijd. Deze werd uitgevochten tussen het hoofdbestuur, de Maatschappijfondsen en de artsen die de fondsen steunden. Dit waren zowel huisartsen als specialisten. Zowel de HC als de Maatschappijfondsen zelf probeerden steeds opnieuw de Maatschappijfondsen in een organisatie te verenigen.²⁶⁵

De kwestie bleef onder de oppervlakte tot 1936. Het HB legde aan de Algemene Vergadering van 28 en 29 maart 1936 voorstellen voor, die de macht van dit bestuur over de eigen ziekenfondsen zou versterken.²⁶⁶ Voorzitter C. Kersbergen wilde dat dit zou gebeuren door het samenvoegen van alle Maatschappijfondsen in een stichting en niet in een los verband in een federatie.²⁶⁷ Volgens hem moest het HB zelf fondsen kunnen stichten en naar eigen believen bij bestaande fondsen kunnen ingrijpen. De ideeën van Kersbergen werden door de Vergadering geaccepteerd.²⁶⁸

De belangrijkste actie tegen deze plannen kwam van enkele leden van het bestuur van het Maatschappijziekenfonds Amersfoort. Zij nodigde hun collega's van de andere Maatschappijfondsen in november 1936 uit voor een bespreking over de oprichting van een Maatschappij ter bevordering van het Ziekenfondswezen in Nederland.²⁶⁹ De besturen werden steeds ontevredener met de manier waarop zij door de NMG werden behandeld en eigenlijk werden genegeerd. Zij wilden zelf hun plaatselijke beleid kunnen voeren en zij streefden naar een eigen vertegenwoordiging in de Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen, waar op landelijk niveau de ziekenfondszaken werden besproken.

De stuwende Amersfoortse krachten achter dit idee waren de keel-, neus- en oorarts I.J. van den Helm, de apotheker R.P.G. Zander, de verzekerdenvertegenwoordiger J. v.d. Bunt en de administrateur van het fonds, F.J. Herman. Van de Bunt, een Amersfoorts politiemann, was vakbondslid en ziekenfondsman in hart en nieren.²⁷⁰ Hij was een typisch voorbeeld van de verzekerdenbestuursleden, die in samenwerking met de artsen en apothekers de principes van de Maatschappijfondsen probeerden uit te dragen: vrije artsenkeuze, een goede geneeskundige verzorging van de verzekerden tegen een betaalbare premie en een goede rechtspositie voor de medewerkers, waarbij alle partijen door een evenredige vertegenwoordiging in het fondsbestuur hun belangen konden behartigen. Hoewel zij vaak ook actief waren in het vakbondswerk gaven zij de voorkeur aan eendracht boven de militante houding van de Federatiefondsen.

Het NMG-hoofdbestuur en de HC probeerden de Amersfoortse actie onmiddellijk de kop in te drukken. C. Eggink, de secretaris van de HC en vroeger zelf als bestuurder verbonden aan het Amersfoortse fonds, kreeg door een anonieme inlichting lucht van de aanstaande vergadering. Hij belde Van den Helm met de mededeling dat deze de zaak moest aflazen.²⁷¹ De fondsen zouden eens kunnen denken dat zij zich van de NMG konden losmaken en principiële richtlijnen van de Maatschappij over honoraria en de positie van verzekerden konden doorkruisen!

Van den Helm voelde zich geschofferd, want de NMG-leiding had niet eens de moeite genomen naar de argumenten van de fondsen te luisteren. De vergadering ging door, maar er werden geen besluiten

genomen.²⁷² Van den Helm en de zijnen kregen wel de steun toegezegd van 25 fondsen, waaronder het grote Utrechtse VHZ. De Utrechtsche Huisartsen Vereeniging verklaarde haar instemming met de plannen van de fondsen door openlijk het NMG-bestuur te verwijten dat de fondsen als onderdeel van de Maatschappij buiten de ziekenfondspolitiek werden gehouden en het opnieuw te veel de touwtjes in handen hield.²⁷³ Voor Kersbergen en de zijnen was het geen serieuze onderneming. Het persoonlijk overwicht van de medici in de besturen van de Maatschappijfondsen was volgens hen zo groot, dat deze toch wel de kant van het hoofdbestuur en de HC zouden kiezen.²⁷⁴ De Maatschappijfondsen en de NMG-afdelingen kregen een brief met de mededeling dat zij aan de Amersfoortactie geen medewerking mochten verlenen.²⁷⁵

Van den Helm mocht op 9 januari 1937 zijn ideeën bij het HB verdedigen.²⁷⁶ Dit deed hij met verve en hij schetste de problemen waar de ziekenfondsen en vooral de Maatschappijfondsen in deze periode mee te maken hadden. De verzekerden en de apothekers hadden volgens hem geen greintje respect voor de voortdurende strijd, die de specialisten en huisartsen met elkaar om de contracthonoraria uitvochten. Door versterking van de positie van de specialisten werden de honoraria van de apothekers vaak gekort met als gevolg een *strijd tussen hulpverleners om een geldkwestie*. Van den Helm vond dit schandalig voor de verzekerden en nadelig voor de artsen zelf, want de verzekerden hadden 1/3 van de bestuursplaatsen bij de Maatschappijfondsen. Vroeger waren deze bestuursleden mannetjes die hun bestuursplaats al lang mooi vonden, maar nu kwamen *MANNEN in de besturen met verstand, organisatiegevoel en talent waar artsen niet tegenop kunnen*. De verzekerde was geëmancipeerd! Hij kon nu bovendien achter de schermen van de artsen kijken en daar de chaos bij de artsen zien. Van den Helm pleitte voor eenheid binnen de NMG, opdat huisartsen, specialisten en ziekenfondsen op de juiste manier zelfstandig in eigen organisaties binnen de Maatschappij hun belangen konden behartigen. Ondanks of juist dankzij zijn verdediging kreeg hij nul op het rekest. Revoluties van de kant van de fondsen werden niet getolereerd.

Het initiatief van Van den Helm, Van de Bunt en Zander liep op niets uit. Het HB bleef bij zijn standpunt dat de NMG alleen een eenheid kon blijven als het alle touwtjes van het ziekenfondswezen in handen hield, speciaal die van de Maatschappijfondsen. Het werd daarin steeds krampachtiger, niet alleen omdat de NMG voor het beheer van de fondsen zelf aansprakelijk was, maar ook omdat deze fondsen in 1936 voor de artsen van levensbelang waren geworden.

De Maatschappijfondsen en hun belang

Op 1 januari 1936 verzekerden 81 Maatschappijfondsen 1.096.136 zielen, Dit was 32,8% van het totaal aantal ziekenfondszielen, 3.337.823.²⁷⁷ Nederland had op dat moment 8.475.000 inwoners.²⁷⁸ De 204 onderling beheerde fondsen, katholieke en neutrale, verzekerden 920.051 zielen; 27,6%. Sinds het HB in 1929 had verklaard achter de uitbreiding van het aantal Maatschappijfondsen te staan, waren er 33 door de NMG beheerde fondsen bijgekomen. Dit waren niet alleen nieuwe fondsen, want ook bestaande fondsen verklaarden zich tot Maatschappijfonds, zoals het Amersfoortse fonds en het Utrechtse VHZ. De Maatschappijfondsen voldeden na 1929 steeds meer aan de behoefte aan de ziekenfondsverzekering op het platteland.

De HC controleerde vanaf 1934 met een eigen accountantsdienst de administratie van de Maatschappijfondsen, maar zorgde niet voor een uniforme administratie. De fondsen voerden in 1936 hun eigen beleid inzake de premievaststelling, verstrekkingen en hantering van de welstandsgrens. De welstandsgrens bleef voor iedere gemeente verschillend en hing grotendeels af van de plaatselijke levensstandaard en de gemeentelijke verordeningen. Het verstrekkingenpakket verschilde nogal. Artsenhulp en geneesmiddelenverstrekking waren standaard, maar de manier waarop in verloskundige hulp werd voorzien verschilde.²⁷⁹ 34 fondsen gaven een uitkering, acht fondsen gaven helemaal geen hulp en 24 voorzagen in een vroedvrouw of hulp door de huisarts. Ziekenhuisverpleging was bij veertien fondsen bij de premie inbegrepen, zeventien fondsen verstrekten dit facultatief.

In 1936 sloten de NMT en de NMG een overeenkomst voor de tandheelkundige hulp voor alle Maatschappijfondsen.²⁸⁰ De verzekerden kregen daardoor een gebitsverzorging geboden volgens *systematisch rationele beginselen met eenvoudige middelen* of gebitssanering. Deze bood het wegnemen van pijn, extractie, eenvoudige plastische vullingen, mondreiniging, voorlichting en herstel van de kauwfunctie door een plaatprothese. Wortelkanaalbehandeling werd alleen in uitzonderingsgevallen vergoed. HC-secretaris Eggink was de grote pleiter voor deze overeenkomst. Tandheelkundige hulp was volgens hem niet meer weg te denken uit het ziekenfondspakket en hij zag in deze tandheelkundige regeling een goed propagandamiddel voor de NMG-fondsen.

Toch was het praktisch belang van de overeenkomst gering. In 1936 boden 54 Maatschappijfondsen al extractieve, conserverende en prothetische hulp aan 917.363 zielen, 83,7% van hun verzekerden.²⁸¹

Van de 205 onderling beheerde fondsen voorzagen 78 fondsen hun 756.872 zielen van deze zorg. 55% van de Nederlandse ziekenfondsverzekerden had daardoor recht op een redelijk volledige gebitszorg, waarbij de NMG-fondsen het grootste deel voor hun rekening namen. Dat de verzekerden er onvoldoende gebruik van maakten was een ander verhaal.²⁸² Door het verzekerdental van de Maatschappijfondsen was de overeenkomst in ieder geval een belangrijke stap in de richting van een landelijk uniforme tandheelkundige verzorging voor de ziekenfondsverzekerden.

De Maatschappijfondsen trachtten evenals de onderling beheerde ziekenfondsen te voorzien in een premiebetalingsregeling voor door de crisis werkloos geraakte verzekerden. Velen konden hun ziekenfondspremie niet meer opbrengen en waren gedwongen hun lidmaatschap op te zeggen. Werklozen waren vaak gedwongen een beroep te doen op de medische armenzorgdiensten en het inkomen van de artsen ging achteruit door minder ziekenfondshonorarium. Tijdens de eerste jaren van de Crisis daalde het aantal verzekerden en dit betekende een extra aanslag voor de gemeentelijke armenzorgdiensten, die toch al overbelast waren door de werkloosheidssteun.²⁸³ Gemeenten probeerden vaak met artsen en de ziekenfondsen regelingen te treffen om reducties op de premie te kunnen geven. De minister van Sociale Zaken verbood hen echter in een circulaire van april 1932 de ziekenfondsen actief te steunen, want een dergelijke subsidie werd als een verkapte steunverhoging gezien en mocht daarom niet worden toegestaan.

Bij de NMG pleitten vooral Eggink en de Utrechtse huisarts H.G. Hamaker, de vroegere secretaris van de HC, voor een uniforme regeling voor de Maatschappijfondsverzekerden.²⁸⁴ De artsen waren unaniem van mening dat verlaging van de ziekenfondstarieven geen soelaas zou bieden. De ziekenfondsen hadden te weinig reserves en de artsen zouden nog meer inkomsten moeten inleveren.²⁸⁵ In 1932 en 1933 werd overlegd over een systeem, waarbij medewerkers en de gemeenten in een apart crisisfonds zouden storten, los van de ziekenfondsen. De medewerkers stonden daarbij eerst 10% en later 5% van hun honorarium af.

De minister van Sociale Zaken kondigde onder druk van ziekenfondsen, gemeenten, vakcentrales en artsen in juli 1934 af dat een reductieregeling toch mocht worden toegestaan.²⁸⁶ De gemeenten konden subsidie verlenen als de verzekerde zelf meebetaalde. De meeste gemeentelijke besturen troffen daarop hun eigen regelingen. Eggink probeerde de Maatschappijfondsen op één lijn te krijgen met een gemeenschappelijke crisisregeling, maar dit mislukte.²⁸⁷ De artsen en Maatschappijfondsen sloten zich ieder in hun gemeente aan bij de plaatselijke maatregelen, waarbij ook de onderling beheerde fondsen betrokken werden.

De crisisregelingen bestonden meestal uit een bijdrage van de artsen uit hun honoraria en een gemeentelijke subsidie. Het voordeel van deze arrangementen was dat de armenzorgdiensten ontlast werden, de ziekenfondsen geen leden verloren en de werklozen zonder beperking fondslid konden blijven. De regelingen kwamen pas laat, in 1934. De meeste ziekenfondsen hadden leden verloren, maar de crisisregelingen stopten dit proces.²⁸⁸ Zij voorzagen in een behoefte, want in 1936 namen ongeveer 100.000 van de ±600.000 werklozen aan de crisisregelingen deel.²⁸⁹ De NMG-fondsen en de artsen droegen in grote mate bij tot het succes van de regelingen.

De Maatschappijfondsen waren voor de artsen belangrijk geworden. Zij boden een alternatief voor slechte ziekenfondscontracten en vormden bij onderhandelingen een stok achter de deur voor betere voorwaarden. Zij vormden door hun ledentallen een belangrijke bron van inkomsten voor de artsen en de andere medewerkers, terwijl de artsen door hun overheersende positie zichzelf de beste brokken uit de premieopbrengsten konden toebedelen. Als laatste kon de NMG met haar eigen fondsen een vuist maken tegenover de overheid, de onderling beheerde ziekenfondsen en de vakbonden bij besprekingen over wetgeving en de onderlinge regeling van ziekenfonsaangelegenheden.

De bloei van de Maatschappijfondsen was te danken aan het initiatief van onderaf. De besturen waren, net als bij de onderling beheerde fondsen, de drijvende krachten achter de regeling van de ziekenfondsverzekering. Zowel de artsen als de verzekerdenvetegenwoordigers spanden zich voor hun fonds en het fondswezen in. Amersfoort is als voorbeeld gebruikt, maar ook in Zutphen, Deventer, Utrecht en Zeist waren beide groepen actief.²⁹⁰ Zij zetten zich naar beste vermogen in voor een zo volledig mogelijke en betaalbare zorg voor hun verzekerden en voor een goede rechtspositie van de medewerkers, net als hun collega-bestuurders van de onderling beheerde ziekenfondsen.

Desondanks bleven de Maatschappijfondsen en de onderling beheerde fondsen, vooral de Federatiefondsen, ver van elkaar staan. De standpunten over vrije artsenkeuze, het beheer van eigen instellingen en het verschil in politieke opvattingen maakten samenwerking steeds moeilijker.

De samenwerking tussen de NMG-fondsen zelf bleef informeel en ongeregeld door de ongelukkige manier waarop de NMG-leiding zelf de touwtjes voor de oprichting van een koepelorganisatie in handen wilde houden. Dit verzwakte de positie van de Maatschappijfondsen, terwijl zij als groep door

hun grote aantal verzekerden en medewerkers juist steeds belangrijker werden voor de landelijke ziekenfondsverzekering.

Groepsvorming bij de onderling beheerde ziekenfondsen: neutraal en verzuild

Het mislukken van een federatie van Maatschappijfondsen verslechterde de positie van de artsen en de apothekers des te meer omdat de contacten van de onderlinge ziekenfondsen en de vakbonden steeds hechter werden. De fondsen en de bonden wilden het onderling beheerd ziekenfondswezen versterken tegen de macht van de NMG en voor de versterking van hun uitgangspositie bij de invoering van ziekenfondswetgeving.

De Landelijke Federatie had na het opheffen van de Unificatiecommissie in 1926 de relatie met het NVV als enige mogelijkheid gezien om haar aandeel in de ziekenfondsmarkt te versterken, zowel door propaganda als met politieke middelen.²⁹¹ De Ziektewet en de te verwachten ziekenfondswet maakten samenwerking van de vakbonden en de ziekenfondsorganisatie nog meer noodzakelijk.²⁹² De Federatie voelde de pogingen van het RKWV uit de periode 1925-1930 om katholieke ziekenfondsen op te richten en overeenkomsten met de NMG te sluiten als concurrentie. Zij was bang dat verdere invoering van de verzuiling tot versnippering van het ziekenfondswezen zou leiden, tot genoegen van de artsen. De Federatie en het NVV sloten op 31 oktober 1929 daarom een overeenkomst voor de oprichting van de Algemeene Raad ten behoeve van het ziekenfondswezen.²⁹³

Het CNV sloot zich direct bij deze Raad aan. Het RKWV werd ook uitgenodigd, maar dit bemoeide zich liever met de eigen fondsen en de NMG-overeenkomst.²⁹⁴ De katholieke ziekenfondsen, het RKWV en de Raad besloten in 1932 wel tot samenwerking om sterker te staan tegenover de NMG.²⁹⁵ Fusie was daarbij niet aan de orde, want de ideologie van het katholieke ziekenfondswezen was te sterk.²⁹⁶

Het katholieke ziekenfondswezen maakte in deze periode een stormachtige ontwikkeling door. De rooms-katholieke vakbond had een Centrale Commissie, de CC, die de belangen van de katholieke ziekenfondsen behartigde. De katholieke ziekenfondsen hadden behoefte aan een sterke centrale organisatie. De waarde van de overeenkomst met de NMG was tegengevallen, want de NMG trok altijd partij voor haar leden in geval van een geschil met de katholieke fondsen. De artsen van de NMG-afdelingen Breda en Tilburg hadden in 1930 hun medewerking aan de plaatselijke diocesane fondsen geweigerd, omdat zij geen 2/3 deel van de zetels van het bestuur van deze fondsen toegewezen hadden gekregen. Tot ergernis van de CC keurde de NMG deze houding goed. Het RKWV-bestuur concludeerde daarop dat plaatselijke ziekenfondsen te zwak waren om tegenover de landelijke artsenorganisatie een vuist te maken en besloot tot de oprichting van fondsen, die een heel bisdom als werkgebied zouden krijgen: de centrale diocesane fondsen. Deze vijf fondsen zouden worden gebundeld in een koepelorganisatie.

Deze koepel werd op 12 april 1932 gesticht als Bond van Rooms-Katholieke ziekenfondsen. De Bond was de eerste centralistisch opgezette ziekenfondsorganisatie.²⁹⁷ Het bestuur bestond uit vertegenwoordigers van de fondsen en van het RKWV. Zij zou in het vervolg voor haar leden de contracten met de zorgaanbieders afsluiten, de katholieke ziekenfondsen vertegenwoordigen bij contacten met de overheid en het beheer van de fondsen controleren.²⁹⁸ De aangesloten fondsen waren de diocesane fondsen van Den Bosch, Breda, Roermond, het Haagse St.-Joannes de Deo, het Utrechtse Liduina en het pas opgerichte diocesane fonds van het Aartsbisdom.²⁹⁹

In oktober 1932 namen het RKWV en de Bond een resolutie aan, waarin zij het beleid voor het katholieke ziekenfondswezen voor de komende jaren formuleerden:³⁰⁰

- de katholieke arbeidersbeweging wilde zelf vaststellen of zij de belangen van haar ziekenfondsen zou overlaten aan andere organisaties, of dat zij dit zelf zou blijven doen;
- de zeggenschap van de medewerkers in de besturen zou beperkt moeten zijn tot technische en financiële zaken, niet tot zaken waar het de katholieke moraal betrof als geboortebeperving en abortus;
- het RKWV en de Bond waren bereid tot samenwerking met andere organisaties.

Het RKWV introduceerde met de Bond niet alleen de eerste centrale ziekenfondskoepel, maar versterkte ook de positie van de katholieke zuil in de ziekenfondskwestie. Dit was wel nodig, niet alleen wegens de machtspositie van de NMG, maar ook omdat de verhouding van de Federatiefondsen met de andere vakbonden steeds inniger geworden was. De Bond was een reactie op de samenwerking tussen het NVV en de Federatie en dwong deze door zijn oprichting op zijn beurt weer tot meer eenheid in de Algemeene Raad ten behoeve van het ziekenfondswezen. De partijvorming bij de ziekenfondsen werd steeds sterker, waardoor de relatie van de artsen en de ziekenfondsen steeds meer polariseerde.

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

De voornaamste doelstellingen van de Algemeene Raad bij de oprichting in 1929 waren het voeren van propaganda voor het ziekenfondswezen onder de georganiseerde arbeiders, het stichten van door de verzekerden zelf beheerde ziekenfondsen, het bevorderen van de eenheid in het ziekenfondswezen en het bijdragen aan de realisatie van de wettelijke regeling van de ziekenfondsverzekering.³⁰¹ In december 1929 maakte het NVV duidelijk dat de bestuurssamenstelling van de Maatschappijfondsen hem hoog zat. Door de gebruikelijke zetelverdeling van drie artsen, drie apothekers en drie verzekerden hadden volgens de vakbond de vertegenwoordigers van de verzekerden niets in te brengen. Dit was alleen op te lossen door de oprichting van nieuwe arbeidersfondsen.

Hiermee werd een onderwerp aangesneden waar de Huisartsen Commissie van de NMG in mei 1929 al bang voor was.³⁰² Zij had het HB geadviseerd geen afwijzende houding tegen dit streven van de vakcentrales aan te nemen, maar af te wachten. Er waren nog te weinig Maatschappijfondsen om tegen de arbeidersfondsen stelling te kunnen nemen. Daarbij wilde zij het afsluiten van contracten met eventuele door de Raad gestichte fondsen niet in gevaar brengen, want de Raad zelf streefde naar samenwerking met de NMG. Een vijandige houding van de artsen zou bij de ziekenfondsorganisatie verbittering wekken, terwijl deze juist te vriend gehouden moest worden.³⁰³

De vakbonden konden hun politieke invloed gebruiken om een toekomstige ziekenfondswet voor de artsen ongunstig te amenderen en hun ruime geldmiddelen gebruiken om artsen buiten de NMG om aan hun ziekenfondsen te verbinden. *Bij de toenemende talrijkheid en dreigende proletarisering van den geneeskundigen stand is het geenszins onmogelijk dat zij hierin zouden slagen*, was de vrees van de Huisartsen Commissie.³⁰⁴ Het aantal afstuderende artsen steeg snel en er dreigde een tekort aan praktijken. Het moest worden voorkomen dat net als in het verleden artsen de richtlijnen van de Maatschappij zouden negeren en zich aan niet-erkende of vijandige fondsen zouden verbinden.

De Raad was inderdaad actief. Zijn leden voerden gesprekken met ziekenfondsbesturen in alle hoeken van het land, haalden fondsen over om zich aan te sluiten bij de Federatie en bemiddelden bij geschillen met artsen.³⁰⁵ Vooral de verbetering van de tandheelkundige zorg van de aangesloten fondsen stond hoog in het vaandel.³⁰⁶ De secretariaatstaken werden zo uitgebreid dat Van Schaik, de Ziekenzorgman en secretaris van de Landelijke Federatie, als fulltime betaalde kracht werd aangesteld. De verhouding met de NMG was en bleef problematisch. Het HB probeerde zelf directe gesprekken te vermijden en benoemde de HC en de SC tot contactcommissie.³⁰⁷ Zij werkten met de Raad succesvol samen bij de oplossing van plaatselijke problemen, maar de belangrijkste principiële geschillen waren minder makkelijk uit de wereld te helpen.³⁰⁸ Deze betroffen de concurrentie bij het oprichten van nieuwe fondsen, de machtsverhoudingen in de fondsbesturen tussen medewerkers en een oud thema in een nieuw jasje, vrije artsenkeuze of verstrekking van zorg door eigen instellingen. De concurrentiekwestie werd opgelost doordat de NMG in 1931 voorstelde, dat geen partij een fonds zou oprichten in een plaats waar al een fonds van de andere partij bestond. In dat geval zou worden overlegd.³⁰⁹

De kwestie van de machtsverhoudingen en de vrije artsenkeuze hingen met elkaar samen en bleken uiteindelijk onoplosbaar. In januari 1931 was er tussen de Maatschappij en de Raad ogenschijnlijk voldoende overeenstemming bereikt om een samenwerkingsovereenkomst te tekenen, maar dit werd op het laatste moment door het NMG-bestuur afgeblazen.³¹⁰ Het zwakke punt bij de onderhandelingen bleek verschil van mening te zijn geweest tussen de Huisartsen Commissie en het NMG-hoofdbestuur. Dit had om alleen haar bekende redenen de contactcommissie een nogal onduidelijk mandaat meegegeven. De HC, die steeds had verklaard de Raad en vooral de vakbonden liever als vriend dan als vijand te hebben, was volgens het HB te ver gegaan met haar concessies, vooral bij het afsluiten van contracten met arbeidersfondsen. Deze mochten volgens het HB alleen worden afgesloten als de meerderheid van de plaatselijke artsen ermee instemde. De HC had het voldoende gevonden als een minderheid van deze medici er niet op tegen was.

Dit meningsverschil wekte wrevel bij de Raad, en de verhouding met de NMG werd uitermate koel. Het nulpunt werd bereikt toen de Federatie, het NVV en het CNV in april 1931 een adres aan de Tweede Kamer richtten over het ontwerp-Ziekenfondswet van 1930 van de katholieke minister van Arbeid, Handel en Nijverheid, T.J. Verschuur.³¹¹ Zij verklaarden in dit adres, dat zij in deze wet opgenomen wilden zien dat de meerderheid van een fondsbestuur gekozen zou moeten worden uit en door de verzekerden. Zo wilden zij proberen fondsen te weren als het Rotterdamsch Ziekenfonds en het NAZ, zelfstandige onderafdelingen van levensverzekeringsmaatschappijen die werkten als commercieel ziekenfonds.

En passant gaven zij daarbij nog een sneer naar de Maatschappijfondsen. Deze zouden een *meer gezonde basis verkrijgen als voortaan steeds verzekerden de meerderheid van het bestuur zullen*

vormen. De vrije medewerkerskeuze werd in het adres erkend, maar volgens de Federatie en de vakbonden was in de praktijk gebleken dat veel fondsen tandartsen, apothekers en artsen in loondienst hadden en deze hun verzekerden tegen lagere kosten lieten behandelen. De wet moest daarom de mogelijkheid openlaten dat fondsen zelf voor medewerkers met een loondienstverband konden kiezen, naast de vrije medewerkerskeuze.

NVV-bestuurder F.S. Noordhoff, de ideoloog van de Raad, strooide in een brochure over de ziekenfondswet nog wat zout in deze wonden.³¹² Volgens hem was er in het verleden door de drang van de NMG te veel gelet op de rechten van de medewerkers. Daarbij prees hij de voordelen van het verrichtingen- of prestatiestelsel boven het abonnementshonorarium, dat volgens hem in 1918 bij de Utrechtse en Amsterdamse Ziekenzorgfondsen onder dwang van de medici was opgegeven. In de ogen van Noordhoff werden artsen bij betaling op abonnement lui, want *een dokter is een mensch net als elk ander*.³¹³

Hij formuleerde het standpunt van de Raad dat onderling beheerde fondsen eigen artsen of andere medewerkers mochten aantrekken als de plaatselijke medici en apothekers een verbintenis zouden weigeren. Hierbij speelde op de achtergrond een kwestie te Vlaardingen. Daar hadden de bodes van het plaatselijke Maatschappijfonds het onderling beheerde fonds nogal zwart gemaakt en de vijf plaatselijke artsen weigerden de verzekerden van dit fonds te behandelen.³¹⁴ De zaak kon worden opgelost doordat een van de Vlaardingse artsen toch zijn medewerking verleende en assistentie kreeg van artsen van De Volharding. De Volharding zou op deze manier vaker hulp verlenen aan fondsen, die door NMG-artsen geboycot werden.

De rapen waren nu gaar. De partijen van de Raad en de NMG stonden schijnbaar in patstelling tegenover elkaar. Sommige leden van de Raad, zoals Van Schaik, hadden het idee dat het *een herhaling van het jaar 1913* was.³¹⁵ Volgens hen probeerde de NMG voor de tweede keer in de geschiedenis alles om de onderling beheerde fondsen dwars te zitten, terwijl de NMG het gevoel had dat de Raad haar Maatschappijfondsen probeerde aan te vallen en juist voor fondsen als De Volharding wettelijke goedkeuring trachtte te krijgen.³¹⁶

De vergelijking met 1913 ging echter mank. In 1913 beheerste de NMG het strijdtoneel. De Federatie was net opgericht en de ziekenfondsen vormden als collectief nog geen machtsfactor. De vakbonden bemoeiden zich niet met de ziekenfondskwestie. De ziekenfondssitens waren in die tijd beïnvloeding van de verwachte ziekenfondswetgeving, verbetering van de rechtspositie van de medewerkers, bevestiging van de vrije artsenkeuze en verbetering van de ziekenfondsen zelf volgens de richtlijnen van de NMG. Bij dit laatste waren vooral de directiefondsen het doelwit.

In 1931 waren de relaties tussen de fondsen en de medewerkers op plaatselijk niveau vaak contractueel vastgelegd. De ziekenfondsen maakte een proces van administratieve professionalisering door. Op landelijk niveau was de macht van de fondsen versterkt door samenwerking van de Federatie met de vakbonden en de oprichting van de Bond van R.K.-Ziekenfondsen. De politieke invloed van de fondsen was daardoor niet minder groot dan die van de artsen. De macht van de zorgaanbieders werd verzwakt door de competitie tussen het NMG-hoofdbestuur en de beroepsgroepen, een gebrekkige samenwerking tussen de artsen en de apothekers en de positie van de niet-georganiseerde medici en farmaceuten. De fondsen van de Federatie kregen wel steeds meer concurrentie van de Maatschappijfondsen.

Er was sprake van een evenwicht. De partijen erkenden dat zij elkaar nodig hadden en probeerden elkaar door onderhandelingen te vinden. Deze draaiden echter uit op een machtsstrijd, gelardeerd met ideologische principes. Deze strijd spitste zich toe op twee elementen: vrije artsenkeuze of medewerkerskeuze versus het door de fondsen in eigen beheer houden van verstrekkingen en de invloed van de verzekerden in de fondsbesturen. De overheid stelde zich in de strijd actief als bemiddelaar op en dat was nieuw.

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

De minister van Arbeid, Handel en Nijverheid, Verschuur, probeerde als logisch gevolg op de invoering van de Ziekwet ook de ziekenfondswetgeving te regelen. Zijn ontwerp van oktober 1930 was de derde nota van wijziging op het oude wetsontwerp-Aalberse. De belangrijkste aanpassingen betroffen de verplichting tot het opnemen van een of meer artsen in elk ziekenfondsbestuur en een centrale regeling van het toezicht op de fondsen door middel van een centrale commissie voor het ziekenfondswezen. Dit laatste was geënt op het idee uit het Unificatierapport, waarbij een Centrale Raad voor de algemene leiding voor het Ziekenfondswezen werd voorgesteld.³¹⁷

Het gekibbel tussen Raad en NMG over de macht van de verzekerde bij het fonds spitste zich toe op de samenstelling van de besturen van nog op te richten fondsen: Maatschappijfondsen en

Raadsfondsen. Het hoofdbestuur van de NMG weigerde in juni 1931 een voorstel van de HC om nieuwe Maatschappijfondsen goed te keuren met een samenstelling van zes verzekerden, drie apothekers en drie artsen. Deze zetelverdeling was niet in overeenstemming met het modelreglement voor de Maatschappijfondsen en het huishoudelijk reglement van de NMG, maar de HC probeerde door de vergroting van het aandeel van de verzekerden in de NMG-fondsen de Raad tegemoet te komen.³¹⁸ De Raad wees het voorstel van de HC niet af.

Het HB probeerde echter te voorkomen dat de bestuurssamenstelling van de Maatschappijfondsen en de Raadsfondsen gelijk zou worden, want dan zouden de NMG-fondsen hun betekenis verliezen. De eigen fondsen vormden voor de geneeskundigen hun *enigste verdedigingsmiddel*, want artsen konden, in tegenstelling tot arbeiders, immers niet staken.³¹⁹ De zetelverdeling was voor het HB geen principekwestie. De bezwaren tegen de gebruikelijke bestuursverhoudingen bij de Maatschappijfondsen waren fictief.³²⁰ In de praktijk had iedere groep zijn recht van veto en nergens deden zich moeilijkheden voor.

Noordhoff en de zijnen legden dit uit alsof het NMG-hoofdbestuur de arbeiders wilde dwingen lid te worden of te blijven van ziekenfondsen waar zij nauwelijks invloed hadden, terwijl de premies van de verzekerden wel de enige bron van inkomsten van deze fondsen waren.³²¹ Het HB maakte dit nog erger door overeenkomsten tussen onderling beheerde ziekenfondsen en plaatselijke artsen te dwarsbomen.³²²

De Raad vroeg op 5 februari 1932 minister Verschuur om bemiddeling om te proberen uit de impasse te komen.³²³ De Hoge Raad van Arbeid had op 4 juli 1931 al aangedrongen op ministerieel ingrijpen, maar de NMG had dit afgewezen. De directeur-generaal van Volksgezondheid, Lietaert Peerbolte, vond echter de opvattingen van de NMG over de verzekerdendeelname uit de tijd. Verschuur droeg hem op om te bemiddelen.

Lietaert Peerboltes voorstel om de helft van de bestuursleden van nieuwe fondsen door de verzekerden en de andere helft door de artsen en apothekers te laten kiezen, vond noch in de ogen van de NMG, noch bij de Raad genade.³²⁴ Hij probeerde in 1932 diverse keren te bemiddelen, maar zonder veel resultaat. De discussies over de machtsverdeling bij de fondsbesturen ging de wereld in als de pariteitskwestie en bleef de gemoederen tot 1940 bezighouden.³²⁵ Het voorstel van Lietaert Peerbolte had wel tot gevolg dat de vertegenwoordigers van de vakcentrales pariteit als principe accepteerden.³²⁶ Zij verwachtten dat bij de invoering van een ziekenfondswet en andere sociale wetten de uitvoering zou berusten bij werkgevers en werknemers, in dit geval verzekerden en medewerkers.

De problemen tussen de Raad en de NMG werden niet opgelost. Overheidsbemiddeling hielp niet en Lietaert Peerbolte beschikte niet over wettelijke mogelijkheden om de partijen tot een compromis te dwingen. De ironie wilde dat de partijen overtuigd waren van de kracht van de ander en van de eigen zwakheid. De NMG was bang voor de politieke invloed van de vakbond en voor de kracht van de Federatiefondsen, terwijl ze angstvallig de bestaande verhoudingen binnen de Maatschappijfondsen probeerde te bestendigen. Politisering van de ziekenfondsen vonden ze een afgrijselijke gedachte, waardoor het hoofddoel van het fondswezen, de geneeskundige verzorging van de arbeider, uit het oog werd verloren.³²⁷

De zwakte van de Landelijke Federatie

De Landelijke Federatie voelde zich tegenover de NMG zwak doordat NMG-afdelingen bindende besluiten namen, waardoor het leden verboden werd contact te onderhouden met onderling beheerde fondsen van neutrale en katholieke signatuur.³²⁸ Deze fondsen konden hun verzekerden dan geen hulp in natura verstrekken, maar waren gedwongen de doktersrekeningen contant te betalen. De Federatie had te weinig artsen om de gevolgen van deze bindende besluiten te verzachten en de Volharding kon niet eeuwig doktoren blijven leveren.³²⁹ Het probleem van deze afdelingsbesluiten werd uiteindelijk opgelost in overleg tussen de HC en de Raad.³³⁰

De Federatie was organisatorisch en financieel zwak. Zij was nog steeds een vrijwillig verband van onderlinge fondsen, zonder voorschrijvende bevoegdheden en kon haar leden geen contributieverhoging opleggen. De Raad had in 1931 en in 1932 grote propaganda-acties gehouden en de Federatie kon daarvan de kosten niet dragen. Het secretariaat van de Federatie bestond uit één man, Van Schaik, die ook nog de administratie voor de Raad moest doen. Om hem te ontlasten had het secretariaat van het NVV een deel van diens Federatiewerk overgenomen, maar dit werkte eigenlijk niet. Deze problemen werden pas opgelost door reorganisatie van de Federatie in 1936.

Het conflict tussen de Raad en de NMG nam een onverwachte wending door de opheffing van de Raad. In oktober 1933 adviseerde de afgevaardigde van het CNV in de Raad, Kruithof, zijn Algemeen Bestuur te stoppen met de oprichting en versterking van *neutrale ziekenfondsen* en de christelijke

arbeidersbeweging zelf *eigen onderling beheerde ziekenfondsen* te laten oprichten. Kruithof was altijd voorstander van de paritaire bestuursverdeling, tot ergernis van de Federatie.³³¹

De Federatie zag zich in juli 1934 gedwongen ook uit de Raad te stappen. Een Algemeene Raad bestaande uit het NVV en de Federatie was geen Algemeene meer.³³² De Federatie was bang door een te hechte samenwerking met alleen het NVV *het stempel van naar een bepaalde richting georiënteerd te zijn* opgedrukt te krijgen. Dit zou niet alleen naar de politiek en bij de contacten met de NMG nadelig werken, maar ook de verbrokkeling van het ziekenfondswezen nog meer in de hand werken na de versterking van de rooms-katholieke en de oprichting van christelijke ziekenfondsen. De Federatie wilde daarom neutraal blijven.³³³ De Federatie wilde nog wel overleg met het NVV, maar dan over ziekenfonds- en vakbondszaken die voor beide van belang waren. De vakbond wilde een hechtere relatie.

Een praktische oorzaak voor de breuk tussen de Federatie en het NVV was de ergernis van het Federatiebestuur over de manier waarop de Federatie voor de kosten voor de propaganda en het administratieve werk opdraaide. Het oprichten van Raadsfondsen had de Federatie f 35.000 gekost, terwijl de vakbonden financieel niets hadden bijgedragen.³³⁴ Ziekenfondsorganisatie en vakbond waren dus enigszins gebrouilleerd.

De problemen met het NVV kwamen voor de Federatie op een ongelukkig moment. Het bestuur probeerde in 1932 en 1933 de organisatorische problemen op te lossen door de losse federatieve structuur te vervangen door een meer centrale en de zwakke financiën op peil te brengen door verhoging en verbeterde inning van de contributies. Dit mislukte echter. De onderling beheerde fondsen waren voorlopig nog te eigenzinnig om een koepelbestuur te accepteren, dat besluiten kon nemen die hun zelfstandigheid ook maar enigszins zouden belemmeren.³³⁵

Sommige fondsen weigerden bovendien iedere contributieverhoging. In een poging eindelijk eens een vuist te maken royeerde het bestuur op de jaarvergadering van 11 juli 1933 de fondsen Door en Voor Werklieden en Ziekenzorg uit Amsterdam, de Algemeene Rotterdamsche Vereeniging en het Algemeen Ziekenfonds te Schoonhoven. Dit kostte de Federatie 140.000 verzekerden. Het positieve van deze vergadering was dat het bestuur werd vernieuwd. Daardoor werd C.J. van Lienden, afkomstig van het Algemeen Ziekenfonds voor Eindhoven en actief als voorman van het onderling beheerd ziekenfondswezen. Van Lienden zou snel uitgroeien tot de vertegenwoordiger van de onderling beheerde ziekenfondsen in het spel met de overheid en de artsen.

Pogingen tot samenwerking: de Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen

De Algemeene Raad had ondanks alle getwist tussen de NMG, de vakbonden en de Federatie toch zijn nut gehad. De meeste fondsen die door en in samenwerking met de Raad waren opgericht, draaiden goed. De artsen, de ziekenfondsen en de bonden hadden ervaren dat permanent overleg voor de rust en ontwikkeling van het ziekenfondsbestel hard nodig was. De overheid, vooral in de persoon van Lietaert Peerbolte, had daarbij een bemiddelende rol en bleef actief streven naar de ontwikkeling van ziekenfondswetgeving, die voor alle partijen aanvaardbaar was.³³⁶ Dit was door de principiële tegenstellingen en belangenverschillen echter nauwelijks mogelijk.

Na het uiteenvallen van de Raad hielden het RKWV, het NVV en de secretarissen van de HC en de SC in 1934 en 1935 wel contact. De gespreksonderwerpen betroffen de ziekenfondswetgeving, de uitvoering van de plaatselijke crisisregelingen en het beëindigen van plaatselijke conflicten tussen artsen, apothekers en ziekenfondsen. Deze werden onder invloed van de landelijke meningsverschillen op het scherp van de snede uitgevochten. De ernstigste problemen deden zich voor in 1933-'34 bij het einde van het Utrechtse ziekenfondscontract.³³⁷

Bij het overleg van de vakbonden met de HC en de SC werd naar de zin van de Federatie teveel gesproken over de pariteitskwestie. Zij nam daarom geen deel aan de gesprekken en daardoor bleek het voor de bonden en de NMG mogelijk om het in maart 1935 eens te worden over een hernieuwde samenwerking.³³⁸

Deze overeenkomst was koren op de molen van de regering. De minister van Sociale Zaken, Slotemaker de Bruïne, drong in april 1935 aan op de vorming van een centrale commissie voor het ziekenfondswezen, bestaande uit alle partijen, betrokken bij de gezondheidszorg en de ziekenfondsverzekering.³³⁹ Hij nodigde daartoe niet alleen de vakbonden, de Federatie en de NMG uit, maar ook de NMT, de NMP en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Slotemaker de Bruïne wilde zelf de afgevaardigden voor deze commissie benoemen en er een lid van de inspectie van het Staatstoezicht op de volksgezondheid aan toevoegen. Deze commissie zou als maatschappelijk adviesorgaan de invoering van een ziekenfondswet moeten vergemakkelijken.

Het ministerieel plan ging niet door zoals zoveel regeringsinitiatieven op ziekenfondsterrein, hoewel de NMT, de NMP en de Federatie na enige aarzeling wel instemden.³⁴⁰ De NMG lag dwars met de wens voor een paritaire commissie, bestaande uit vertegenwoordigers van de vakorganisaties, de Federatie en haarzelf.³⁴¹ Het NVV, het RKWV, het CNV en de NMG besloten daarop in juli 1935 tot de vorming van de Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen, de CCZ. De CCZ bestond uit drie leden van de NMG en een lid van iedere vakcentrale. De NMT en de NMP deden niet mee. De Federatie sloot zich pas in 1936 aan.

Kersbergen, in 1934 tot voorzitter van de NMG benoemd, werd de eerste voorzitter van de CCZ. Een van zijn grootste prestaties was het doorbreken van het dogmatische NMG-standpunt over de pariteit: na juli 1935 mochten Maatschappijfondsen die er zelf om vroegen de pariteit invoeren.³⁴² De NMG kon volgens Kersbergen niet langer vasthouden aan verouderde standpunten. Het was hoog tijd dat zij haar positie aanpaste aan de gewijzigde machtsverhoudingen en tegemoetkwam aan de eisen van de vakbonden, anders liep zij het risico achter het net van de verzekerden en de toegeeflijkheid van de regering te vissen. Dit nieuwe standpunt vergemakkelijkte de onderhandelingspositie van de NMG. De NMG-voorwaarden voor samenwerking in de CCZ waren de oude ziekenfondsisems: vrije artsenkeuze, welstandsgrens en rechtspositie van de artsen per contract met als nieuw element: pariteit in de besturen met 50% artsen.³⁴³

De CCZ was, net als de Algemeene Raad, actief met assistentie bij crisisregelingen, het oplossen van problemen tussen artsen en fondsen. Zij fungeerde als landelijk overlegorgaan en als adviesorgaan voor de overheid en verzamelde ziekenfondsgegevens voor het Centraal Bureau voor de Statistiek. De Commissie bemoeide zich meer dan de Algemeene Raad met medische zaken. De leden overwogen de landelijke invoering van het Zaanlandse medicijnvoorschriftsysteem om de kosten van de geneesmiddelenvoorziening te beperken en vormden een afzonderlijk fonds voor speciale geneesmiddelen als leverpreparaten, insuline, sera en vaccins.³⁴⁴ De CCZ verzocht de regering voor de ziekenfondsen een regeling te treffen en prijsafspraken te maken voor de levering van insuline van Organon. Deze bleek kwalitatief beter dan de buitenlandse insuline.³⁴⁵

Op verzoek van de Vereeniging van Nederlandsche Gemeenten en NVV-vertegenwoordiger Noordhoff werd een actie georganiseerd voor de oprichting van een vereniging voor schooltandverzorging. De CCZ hield op 11 december 1937 een congres over de tandheelkundige verzorging van de ziekenfondsverzekerden.³⁴⁶ De resultaten waren diep triest. Ondanks de pogingen van de ziekenfondsen om met eigen poliklinieken hun verzekerden een gebitsverzorging te bieden, bleek dat maar 9-10% van de ziekenfondsleden van de gelegenheid voor conserverende tandheelkundige behandeling gebruikmaakte! Daarvan bleven er maar weinig onder controle. De verzekerden bezochten een tandarts alleen als het echt nodig en pijnlijk werd en bleven terughoudend voor verder tandartsbezoek. De tandartsen, vooral de ziekenfondstandartsen, hadden een slecht image, hoewel zij met beperkte middelen hun patiënten zo goed en zo pijnloos mogelijk trachtten te behandelen.³⁴⁷

Polarisatie en het beperkte succes van de CCZ

De invloed van de CCZ was beperkt en dit verzwakte het succes. De NMG en de vakbonden, met name het NVV, bleven het begrip pariteit verschillend definiëren.³⁴⁸ De vakbeweging hield hardnekkig vast aan ziekenfondsen met een democratisch bestuur in plaatsen waar de verzekerden de meerderheid vormden. De pariteit was daarbij een minimumeis. De NMG wilde onder geen beding verder gaan dan de invoering van pariteit in bestaande fondsen. Zij veronderstelde daarbij dat de medewerkersplaatsen eigenlijk zouden worden opgevuld door de artsen, ten koste van de apothekers.³⁴⁹ Plaats voor tandartsen in de besturen was er niet. De NMT werd door de bonden en de NMG buiten de CCZ-deur gehouden.³⁵⁰

Voor de NMP was er ook geen plaats. De verhouding tussen de NMP en de NMG was al jaren lang bijzonder koel. In 1931 verklaarde de NMP-ziekenfondsgedelegeerde Van Itallie dat de samenwerking met de NMG bij de oprichting van Maatschappijfondsen verwaterd was.³⁵¹ Artsen en apothekers waren op lokaal niveau wel actief met hun fondsen, maar de contacten tussen de Maatschappijen waren spaarzaam. De NMG onderhandelde in ziekenfondskwesties wel met de vakbonden, maar niet met de zustermaatschappij. De NMP vond dat de huisartsen en specialisten zich bij de honorariumonderhandelingen voor collectieve contracten te veel op hun eigen belang lieten en niet op dat van hun collega-medewerkers, de apothekers. In 1935 had de Utrechtse specialist Van Romunde, de voorzitter van de Specialisten Commissie, verklaard dat de historisch gegroeide honorariumverhoudingen moesten worden aangepast.³⁵² De specialistenhonoraria dienden te worden

verhoogd ten koste van de apothekers. Deze kregen landelijk gemiddeld f 1,80 per ziel per jaar en volgens de algemene opinie was dat aan de hoge kant.

De pariteit was de NMP ook een doorn in het oog. De NMG had in de ogen van de NMP bij de Algemeene Raad en de CCZ bewust gekozen voor een commissie met vakcentrales en de apothekers daar buiten gelaten. Deze hadden toch met kracht meegewerkt aan de oprichting van Maatschappijfondsen en werden nu maar aan de dijk gezet.³⁵³ Zij waren verbolgen over de manier waarop de NMG in de CCZ over de rug van de farmaceuten sprak over de zetelverdeling bij de ziekenfondsen. De apothekers eisten hun aandeel in de bestuursplaatsen en in het eigendom van de Maatschappijfondsen op, maar de NMG ging daar niet op in.³⁵⁴

De NMP werd dus niet bij de CCZ betrokken. Uit weerspanningheid weigerde zij de Commissie cijfers te leveren voor de berekening van nieuwe ziekenfondshonoraria en sloot in 1937 met de farmaceutische groothandel een voor apotheekhoudende huisartsen nadelige overeenkomst. Het NMG-hoofdbestuur probeerde deze ongedaan te maken, maar zonder succes.³⁵⁵ De NMG maakte door haar houding een grote fout. Zij had de apothekers als collega-zorgaanbieders in haar overleg met de vakbonden hard nodig, maar zette haar oude en belangrijkste medestrijdster aan de kant. De verhouding met de NMP werd nooit meer echt goed.³⁵⁶

Het formele einde van de CCZ kwam in de zomer van 1939. Het NVV, het CNV, het RKWV en de ziekenfondsorganisaties stuurden een resolutie naar de minister van Sociale Zaken met het verzoek te bevorderen dat:

- de vrijheid van organisatie op ziekenfondsgebied principieel zou worden gewaarborgd;
- van overheidswege een Ziekenfondsraad zou worden ingesteld, *aan welke raad bevoegdheden waren te verlenen om moeilijkheden op ziekenfondsgebied tot een oplossing te brengen.*³⁵⁷

Deze resolutie was symbool van het mislukken van de pogingen van de NMG, de vakbonden en de ziekenfondsorganisaties om door onderling overleg en zonder overheidsarbitrage het Nederlandse ziekenfondsbestel te reguleren. Ze hadden het wel geprobeerd, maar de onderlinge tegenstellingen waren te groot, hoe futiel misschien in de ogen van latere generaties. Zij waren het wel eens over de doelstellingen van de ziekenfondsverzekering, maar in hun strijd om de macht kwamen deze vaak niet eens aan de orde. De vakbonden hadden tijdens deze strijd bewezen over grotere tactische vaardigheden te beschikken, maar het lukte ze niet de NMG tot een overeenkomst te dwingen, noch in de tijd van de Algemeene Raad, noch in de CCZ. De NMG gaf in de pariteitskwestie beetje bij beetje toe en kon door gebrek aan medestanders niet tegen de vakbonden op. Tot haar grote woede werden in plaatsen waar goede Maatschappijfondsen werkten ook onderlinge fondsen opgericht.³⁵⁸ Toch ontkwam zij aan een strategische nederlaag door in de CCZ voorstellen van de tegenpartij te traineren of er niet op te reageren.

De spanningen tussen de NMG en de andere partijen waren in juli 1938 zo hoog opgelopen dat de vakbonden en de ziekenfondskoepels niet meer spraken over pariteit, maar over de vrijheid van organisatie op ziekenfondsgebied. Zij wilden daarmee problemen voorkomen voor fondsen die er niet in slaagden bij overeenkomst de medewerking van artsen en apothekers te garanderen en eigen instellingen begonnen. Het verzoek om een Ziekenfondsraad was voor de vakbonden eigenlijk een *scherm om te verhullen dat zij geen oplossing hadden.*³⁵⁹ Vooral de ziekenfondsorganisaties wilden overheidsingrijpen uit angst voor verheviging van de ziekenfondsstrijd. De spanningen en problemen waren in 1939 niet anders dan in 1935, ondanks het CCZ-overleg. Toch was er iets veranderd in de CCZ-tijd: het onderling beheerd ziekenfondswezen was versterkt door hernieuwde samenwerking met het NVV en de reorganisatie van de Landelijke Federatie.

Het wetsontwerp-Slingenberg, de Federatie en het NVV

De Landelijke Federatie had in 1935 deelname aan de CCZ geweigerd. Van Lienden en de zijnen weigerden niet alleen de opvattingen van de NMG en de vakbonden over de pariteit te accepteren, maar vonden ook dat ze als ziekenfondsorganisatie te weinig zetels in de Commissie kregen.³⁶⁰ De Federatie was ondanks alle problemen met de NMG nog steeds geen tegenstander van de vrije artsenkeuze, maar medici mochten volgens de ideologie van de onderling beheerde ziekenfondsen in de besturen niet dezelfde macht krijgen als de verzekerden.

De Federatie was in 1935-'36 ook tegen de invoering van ziekenfondswetgeving. Rond de jaarwisseling 1933-'34 was in Utrecht een crisis uitgebroken tussen Ziekenzorg, de andere ziekenfondsen, de medewerkers, de NMG en de NMP. Ziekenzorg was door de druk van de georganiseerde artsen en apothekers gedwongen tot een snelle oprichting van eigen instellingen: een apotheek, een specialistenpolikliniek, een tandheelkundige polikliniek en huisartsen in loondienst. Het bestuur van Ziekenzorg werd gereorganiseerd tot een verzekerdenbestuur.³⁶¹ Het fonds werd hierbij

gesteund door de Volharding en andere Federatiefondsen. Deze Utrechtse ziekenfondscrisis was voor Lietaert Peerbolte aanleiding om de ontwerp-ziekenfondswet, het wetsontwerp-Slingenberg, aan te passen met paritaire besturen en paritaire Commissies van Toezicht. Hij hoopte hiermee de concurrentie tussen de artsen en de fondsen te kunnen verbieden, maar deze opzet werkte averechts.³⁶² Zijn voorstel was de NMG welgevallig, maar viel verkeerd bij de Federatie.

De Volharding en Ziekenzorg bleken als volbloed onderling beheerde ziekenfondsen zo succesvol te werken, dat de Federatie in 1935 deze wettelijke pariteit volstrekt weigerde.³⁶³ Wetgeving was voor haar alleen acceptabel als de regering de onderlinge fondsen toestond artsen in loondienst te nemen, maar het wetsontwerp zou eigen instellingen juist onmogelijk maken.³⁶⁴ De wet leek daardoor de Maatschappijfondsen te bevoordelen en de Federatie eiste daarom een volledig vrije ontwikkeling van het ziekenfondswezen. Fondsen moesten zelf kunnen bepalen hoe zij hun bestuur inrichtten.³⁶⁵ Zij verklaarde wel een door Lietaert Peerbolte voorgestelde Ziekenfondsraad te accepteren. Alle partijen met ziekenfondsbelangen zouden in deze raad vertegenwoordigd moeten zijn, zonder dat een van hen beslissende invloed kreeg. Deze raad zou geschillen en moeilijkheden in het ziekenfondswezen kunnen oplossen onder toezien van de overheid.

De Federatie en het NVV vonden elkaar in de strijd tegen het Slingenberg-voorstel, hoewel het NVV tegen de zin van de Federatie de pariteit wilde blijven verdedigen. Dit geschilpunt werd verzacht, doordat de vakbond het blokkeren van de oprichting van eigen instellingen als eigen apotheken hekelde. Zij vond dat de fondsen door het in de wet voorgeschreven verstrekkingen-pakket zonder subsidie hun premies te veel zouden moeten verhogen. Het NVV was tegen de wet omdat Slingenberg nog steeds overheidssubsidiëring van de ziekenfondsen weigerde.³⁶⁶ De bond was juist nog steeds voorstander van een gezondheidszorg volgens de richtlijnen van het Unificatierapport uit 1925.³⁶⁷ De bond verweet de overheid te willen ingrijpen in de delicate kwestie van de vrije artsenkeuze terwijl het maatschappelijk veld, de medici en de leken, nog te verdeeld was en de ideeën over dit onderwerp nog verder ontwikkeld moesten worden.

De Federatie hield demonstratieve vergaderingen en gaf brochures en manifesten uit. Het NVV verdedigde in een Adres aan de Tweede Kamer over de wet de principes van de onderling beheerde fondsen en noemde daarbij de Volharding en Ziekenzorg.³⁶⁸ Deze samenwerking had succes. Slingenberg probeerde in 1936 en 1937 enkele nota's van wijziging op zijn wet door de Tweede Kamer aangenomen te krijgen, maar zonder resultaat. In december 1936 had een kamercommissie Slingenberg verweten te veel het standpunt van de NMG te delen over de vrije artsenkeuze, de welstandsgrens en de pariteit.³⁶⁹ Deze commissie deelde de opvattingen van de Federatie en de vakbond over de onmogelijkheid van premieverhoging. Zij keurde de in de wet opgenomen verplichting tot de vergoeding van ziekenhuisverpleging af. Daardoor zouden de premies zo hoog moeten worden, dat het ziekenfondslidmaatschap voor velen onbetaalbaar werd.

Op 9 maart 1937 werd het ontwerp zonder hoofdelijke stemming van de agenda van de Kamer afgevoerd. Op 21 september trok de opvolger van Slingenberg, Romme, het ontwerp in. Het was het einde van de lange serie wijzigingen op het oude wetsontwerp-Aalberse.³⁷⁰ De volgende poging, door Romme ondernomen, strandde door diens aftreden. Het volgende wetsontwerp van Van den Tempel kwam door de Duitse inval in mei 1940 niet verder dan het papieren stadium.

De nieuwe vriendschap tussen de Federatie en het NVV had twee gevolgen. Ten eerste trad in 1936 de Federatie toe tot de CCZ, waardoor de positie van de NMG in deze commissie verzwakte. Desondanks wist de Maatschappij door haar vertragungstactieken een patstelling te realiseren, waardoor de CCZ uiteindelijk niet meer kon functioneren. De ziekenfondsorganisaties en de vakbonden kozen in 1939 voor het eerder door de Federatie geformuleerde standpunt van vrijheid van organisatie op ziekenfondsgebied en voor een Ziekenfondsraad.

Het tweede gevolg in 1936 was een tijdelijke verkoeling tussen het RKWV, de Bond van R.K.-Ziekenfondsen, het NVV en de Federatie. De katholieke organisaties steunden het gewraakte wetsontwerp wel.³⁷¹ Zij hoopten door de wettelijke erkenning van ziekenfondsen op versterking van de diocesane fondsen en de beëindiging van de ziekenfondsstrijd door de instelling van de Centrale Ziekenfondsraad. Helaas bleef deze hoop door het mislukken van het wetsontwerp-Slingenberg onvervuld.

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

De druk van het wetsontwerp-Slingenberg dwong de fondsen van de Federatie eindelijk tot de erkenning dat de structuur van hun organisatie te zwak was. Van Lienden slaagde er daardoor in 1936 in de onderlinge fondsen van het nut van centralisatie te overtuigen.³⁷² De Federatie kon op 2

november 1937 na een paar stormachtige vergaderingen worden omgezet in de Centrale Bond van Ziekenfondsen, de CBZ.

Het bestuur van de nieuwe Bond was sterker dan het oude Federatiebestuur. Het kreeg de bevoegdheid belangrijke besluiten zonder vooroverleg aan de Algemene Vergadering voor te leggen, mocht landelijke mantelovereenkomsten sluiten met de koepelorganisaties van de zorgverleners en kon de leden aanwijzingen geven bij hun administratie. Er werd zelfs een contributieverhoging doorgevoerd. Door de vernieuwing tot CBZ kregen de neutrale onderlinge ziekenfondsen een slagvaardiger koepelorganisatie dan de logge NMG.

De CBZ achtte zich in 1938 sterk genoeg in de strijd tegen de NMG om een eigen landelijk werkend ziekenfonds op te richten: het Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds, het ANOZ.³⁷³ Het ANOZ was bedoeld om het NMG-hoofdbestuur te irriteren en om de Maatschappijfondsen op het platteland met een landelijk onderling ziekenfonds concurrentie aan te doen. De CBZ-bestuurders liepen in 1938 en 1939 stad en land af om plaatselijke afdelingen van de grond te krijgen en lokale onderlinge fondsen te bewegen tot fusie met het nieuwe fonds, maar hun werk werd alleen met lauwe reacties beloond. Het fonds Eendracht maakt Macht uit het Friese Woudsend was op 6 januari 1941 het eerste onderlinge fonds waarvan het bestuur de onafhankelijkheid wilde inruilen voor de fusie met het landelijke ANOZ. Het werd daartoe overgehaald door de overredingskracht van CBZ-voorzitter Van Lienden en de dreiging van Duitse plannen voor een verplichte ziekenfondsverzekering.³⁷⁴

De omzetting van de Landelijke Federatie naar de CBZ leverde een schisma bij de onderling beheerde ziekenfondsen op. Het Ziekenfonds voor den Arbeidenden Stand uit Deventer en De Algemene Rotterdamsche Vereniging stemden niet in met de CBZ-centralisatie en stapten uit de organisatie. Zij richtten in 1939 met het Amsterdamse Ziekenzorg de Landelijke Contactcommissie voor Onderling Beheerde Ziekenfondsen op. Het Utrechtse Ziekenzorg trad na een conflict met de CBZ op 1 januari 1940 tot deze commissie toe.³⁷⁵

De CBZ trad, ondanks deze scheiding, onder leiding van Van Lienden en met de steun van het NVV krachtig op als belangenbehartiger van de onderling beheerde ziekenfondsen. De polarisatie tegen de NMG ging onverminderd door. Dit zou veranderen door de bijzondere omstandigheden in de begintijd van de bezetting na de bange meidagen van 1940.

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

De relatie ziekenfondsen-artsen werd in de periode 1929-1940 op het landelijk niveau gekenmerkt door harde conflicten, in tegenstelling tot de voorgaande periode. De verhoudingen tussen de Landelijke Federatie en de NMG werden overheerst door polarisatie. Deze polarisatie was onvermijdelijk door het belang van de ziekenfondsverzekering voor alle betrokken partijen.

Tot 1930 werd het functioneren van de fondsen bepaald door de opstelling van de medewerkers, de ziekenfondsbesturen en de overheid. De samenwerking van de vakbonden, de Federatie en de koepels van de zorgaanbieders in de Unificatiecommissie had na 1929 de blijvende betrokkenheid van de vakbonden tot gevolg. De oude vrees van de NMG, met name van de Huisartsen Commissie, kwam uit: de strijd om het ziekenfondswezen, vooral om de macht, werd steeds radicaler. De vakbondsvertegenwoordigers waren professionele onderhandelaars. Zij gebruikten hun politieke invloed en publieke actiemethoden om hun doelstellingen te realiseren: vakbondsinvloed in het ziekenfondswezen en het werven van leden onder de fondsverzekerden.

De vakbonden en de onderling beheerde ziekenfondsen vormden geen eenheidsfront. Het RKWV koos in de relatie met de artsen en de overheid altijd voor de belangen van zijn eigen katholieke fondsen en bepaalde mede het beleid bij deze fondsen. Het CNV koos bijna altijd de zijde van het NVV en de Federatie. De verhouding tussen de Federatie en het NVV was geen botertje tot de boom. De Federatie wilde zich profileren als neutrale ziekenfondsorganisatie, zonder politieke bindingen. Zij weigerde om uitsluitend met het NVV samen te werken en daardoor haar neutraliteit in gevaar te brengen. De Federatie distantieerde zich van het NVV als deze te ver ging en als zij de opvattingen van de bond niet deelde, zoals bij de pariteitskwestie.

Federatie en NVV benaderden de NMG ieder op hun eigen wijze. De NMG was voor de vakbond een politieke tegenstander, waarmee op die manier kon worden onderhandeld, gedebatteerd of getwist. De Federatie had in haar relatie met de NMG naast politieke ook grote praktische belangen. Zij moest op landelijk niveau met de artsen samenwerken en onderhandelen over wetgeving, landelijke overeenkomsten, de rechtspositie van medewerkers en de concurrentie tussen Maatschappijfondsen en onderlinge fondsen. Op plaatselijk niveau bemiddelde zij in conflicten tussen medewerkers en ziekenfondsen, bij het afsluiten van contracten en steunde zij de fondsen met eigen instellingen in hun problemen.

Ondanks deze tegenstellingen kozen de vakbond en de ziekenfondskoepel voor samenwerking bij gemeenschappelijke belangen zoals in hun strijd tegen het wetsontwerp-Slingenberg. De geschiedenis had bewezen dat de Federatie of de CBZ de steun van de vakbond nodig had tegen de macht van de NMG, tegen de ideeën van diverse ministers over voor de ziekenfondsen nadelige wetgeving en voor ledenwerving. Het NVV kreeg belangen bij het ziekenfondswezen omdat het aantal verzekerden groeide. De Unificatiecommissie had aangetoond dat reorganisatie van het ziekenfondswezen sociaal steeds dringender werd en de vakbeweging, CNV en NVV, kon zich niet aan haar verplichtingen onttrekken, zeker nadat de katholieke vakbond het voorbeeld had gegeven.

Gemeenschappelijke belangen hadden overlegorganen tot gevolg: de Federatie, het NVV en het CNV besloten tot overleg in de Algemeene Raad ten behoeve van het ziekenfondswezen. Dit overleg was eenzijdig. De artsen en apothekers waren als tegenpartij niet vertegenwoordigd en de katholieke vakbond besloot als verzuilde instelling met haar ziekenfondsen pas in 1932 met de Raad samen te werken en niet in de Raad op te gaan. Deze groepsvorming versterkte de polarisatie: NMG tegen de organisaties, verenigd in de Raad, later de CCZ.

Deze polarisatie uitte zich op vijf manieren:

- geruzie om de bestuursmacht bij de ziekenfondsen, de pariteitskwestie;
- concurrentie bij de oprichting van nieuwe ziekenfondsen tussen Maatschappijfondsen en onderling beheerde fondsen;
- conflicten bij het afsluiten van collectieve contracten;
- doorzetten van het principe van de eigen instellingen bij de onderlinge fondsen, hetgeen gedeeltelijk werd afgedwongen door boycots van de artsen zelf;
- politieke strijd bij de ontwikkeling van ziekenfondswetgeving. Hierbij werden lobbyen en politieke relaties steeds belangrijker.

Alle groepen bleven de noodzaak tot overleg onderkennen, ondanks deze polarisatie. De overheid erkende daarbij haar verantwoordelijkheid. Zij ging onverdroten door met het maken van wetsontwerpen en probeerde in de conflicten een bemiddelende rol te spelen. De partijen bleven echter te zeer aan elkaar gewaagd om de problemen op te lossen. De NMG wist stand te houden ondanks onhandige tactische manoeuvres, ledenverlies en ondanks het feit dat zij zich van haar belangrijkste bondgenoot, de NMP, vervreemde. De NMG bond het grootste deel van de artsen, beschikte over politieke medestanders en kreeg door de groei van de Maatschappijfondsen steeds meer praktische invloed op het ziekenfondswezen. Door een verdeel-en-heerstactiek hield het NMG-hoofdbestuur zijn greep op deze fondsen. De NMG bleef naar buiten toe een eenheid, ook al was zij vaak intern verdeeld.

Bij het ziekenfondswezen veranderde in deze periode ook het nodige. De koepelorganisaties werden versterkt en kregen steeds meer invloed op de fondsen zelf. De verzekeringsgraad nam nog steeds toe, ondanks de crisis en dankzij de crisisregelingen. Het aantal fondsen groeide door de opkomst van de Maatschappijfondsen en de oprichting van onderling beheerde fondsen. De verzuiling werd met de Bond van R.K.-Ziekenfondsen en de oprichting van de diocesane fondsen versterkt.

De ontwikkeling van de landelijke ziekenfondsverzekering met de samenstelling van het verstrekkingenpakket en de financiering van de verzekering werd door de polarisatie belemmerd. Huisartsenzorg en geneesmiddelenverstrekking bleven de voornaamste verstrekkingen. De verstrekkingenpakketten werden vaak aangevuld met tandheelkundige en verloskundige zorg. De regeling van paramedische zorg als fysiotherapie door middel van overeenkomsten werd steeds meer noodzakelijk.³⁷⁶ Specialistische hulp werd steeds uitgebreider, maar de verzekering van klinische specialistische hulp bleef in combinatie met de ziekenhuisverpleging een probleem. Hierin werd voorzien door de gemeenten en de verenigingen voor ziekenhuisverpleging, maar de fondsen zelf konden dit zonder grote premieverhoging nauwelijks opbrengen.

Zorgaanbieders, ziekenfondsen, vakbonden en overheid erkenden de noodzaak tot een wettelijke regeling. De Ziektewet van 1930 eiste dit, de polarisatie werkte verlamdend en veroorzaakte nodeloze verspilling van tijd en energie. De landelijke ontwikkeling van de gezondheidszorg met de ziekenhuisverpleging, de specialismen, de paramedische zorg en de tandheelkundige verzorging werd er door belemmerd. De uniformering, uitbreiding en subsidiëring van de verstrekkingen werd als dringend noodzakelijk gevoeld, maar in 1940 leek een ziekenfondswet die dit kon regelen echter verder weg dan ooit.

2.7 Conclusies

Fasering in de relatie

De relatie artsen-ziekenfondsen maakte van 1908 tot 1940 fases van harmonie en conflict door. Er zijn vier periodes te onderscheiden:

- 1908-1912: de periode waarin de artsen zich met hun NMG oriënteerden op de ontwikkeling van een landelijk ziekenfondsbeleid. Zij baseerden zich op de ideeën en standpunten, vastgelegd in het rapport-Schreve, de besluiten van de Algemene Vergaderingen en de sinds de negentiende eeuw gegroeide tradities van de vrije artsenkeuze, de welstandsgrens en honorariumprincipes. De ziekenfondsen kenden nog geen organisatievorming. De NMG had in deze fase het meest te maken met de politiek in de persoon van Talma en zijn sociale wetgeving. Het belangrijkste in deze periode was de definitieve uitspraak dat de uitvoering van een wettelijke ziekenfondsverzekering in handen zou komen van de ziekenfondsen als private organen en niet in handen van overheidsorganisaties.

- 1912-1922: de eerste conflict- of polarisatiefase in de relatie. De NMG bepaalde met haar bindende besluiten en de uitwerking ervan de ontwikkeling van het ziekenfondsbestel en legde de relatie medewerkers-fondsen vast tot de invoering van het Ziekenfondsenbesluit in 1941. Zij stimuleerde daarmee in 1913 de onderling beheerde fondsen tot de oprichting van de Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen. De Federatie bood de NMG goed tegenspel, waardoor voor het eerst op het landelijk niveau sprake was van een duidelijke relatie artsen-ziekenfondsen.

- 1922-1929: de periode van harmonie. Het tijdvak van de Unificatiecommissie, waarin de Landelijke Federatie, de vakbonden, de NMG, de NMT en de NMP onderhandelden over een landelijk ziekenfondsbestel met beperkte overheidsinvloed. Het was de bloeitijd van de overlegcultuur. Twee elementen werden in deze periode steeds belangrijker: de invloed van de vakbeweging en van de verzuiling, vooral van de katholieke zuil.

- 1929-1940: opnieuw een periode van conflict, het tweede tijdvak van polarisatie. De Ziektewet was de oorzaak van de hevige concurrentiestrijd tussen de onderling beheerde fondsen met hun Federatie en de NMG, die met de snelle oprichting van nieuwe Maatschappijfondsen het bestel een heel nieuw aanzien gaf. Het NVV en het CNV werkten bij deze polarisatie soms als katalysator en waren soms als partijen betrokken. De overheid werd niet alleen als wetgever, maar ook als bemiddelende partij betrokken bij de ziekenfondskwestie. De polarisatie bleek ondanks overlegcommissies en samenwerkingsverbanden door het machtsevenwicht tussen de betrokken partijen onoplosbaar en stond de ontwikkeling van een uniform landelijk ziekenfondsbestel in de weg. Pas na mei 1940 zou de polarisatie verzwakken.

Het was ook de periode van de eerste collectivisatie. Het RKWV en de katholieke ziekenfondsen introduceerden met de Bond van R.K.-Ziekenfondsen als centralistische ziekenfondskoepel een nieuw fenomeen, versterkten hun zuil en speelden hun eigen rol in de polarisatie. De Landelijke Federatie werd door de onderling beheerde fondsen omgevormd tot een strakker bestuurde organisatie: het CBOZ.

De beïnvloedende factoren

De factoren die de relatie artsen-ziekenfondsen in de periode 1908-1940 beïnvloedden, waren de sociaal-economische ontwikkelingen, de betrokkenheid van de overheid, de verzuiling, de groei van de medische wetenschap, de wederzijdse afhankelijkheid van de artsen en de ziekenfondsen, macht en de emancipatie van de beroepsgroepen, de karakters en ideeën van de betrokken personen en ideologie.

De groep consumenten die, gezien het inkomen, lid kon worden van een ziekenfonds werd door de economische ontwikkelingen en de welvaartsgroei steeds groter. De relatie artsen-ziekenfondsen werd steeds belangrijker door de door politiek en maatschappij erkende noodzaak tot een goede regeling van de ziekenfondsverzekering.

De overheid speelde in de relatie artsen-ziekenfondsen tot 1941 een belangrijke, maar geen overheersende rol. De pogingen tot de realisatie van ziekenfondswetgeving dwongen de artsen na 1909 tot een versnelde ontwikkeling van het NMG-ziekenfondsbeleid met de koepelvorming bij de ziekenfondsen als gevolg. De overheid raakte na 1929 steeds meer als bemiddelaar bij de ziekenfondskwestie betrokken, zorgde voor nieuwe ontwikkelingen in de strijd tussen NMG, de vakbonden en de Federatiefondsen, maar bleek onmachtig tot het invoeren van ziekenfondswetgeving. Dit falen had specifieke en algemene oorzaken. Specifieke oorzaken golden voor de wetsontwerpen-Talma en -Treub en het eerste ontwerp-Aalberse. De eerste twee kwamen niet door de Tweede Kamer door het aftreden van de ministers, of de behandeling ervan werd uitgesteld in verband met de sociale en economische omstandigheden, veroorzaakt door de Eerste Wereldoorlog. Het eerste initiatief van

Aalberse sneuvelde door de vrijblijvendheid van de verzekering en de hoge kosten als gevolg van het uitgebreide verstrekkingenpakket en de noodzakelijke staatssubsidie.

Algemene oorzaken voor het mislukken van ziekenfondswetgeving waren de verzuiling en het labiele machtsevenwicht tussen de fondsen van de Landelijke Federatie, de artsen en de betrokken maatschappelijke organisaties. De Nederlandse politiek en de maatschappij waren tot 1940 door de verzuiling te verdeeld om een coherent sociaal verzekeringsstelsel te ontwikkelen. Er bestond bij de politieke en maatschappelijke groeperingen te veel verschil in maatschappijbeschouwing en in de opvattingen over de instelling van uitvoeringsorganen. De politiek probeerde wel steeds de Ziektewet en de ziekenfondsverzekering te koppelen, maar zonder succes.

De ziekteverzekeringswetten die door de ministers na Kuyper werden gepresenteerd, waren producten van Nederlandse bodem. Zij hadden desondanks kenmerken die niet helemaal pasten in het steeds meer verzuilende karakter van de Nederlandse samenleving. De wetsontwerpen zoals ze in hun definitieve vorm werden gepresenteerd, waren voornamelijk totstandgekomen door overleg met niet-verzuilde corporaties als de artsen- en de apothekersorganisaties. Dit waren algemene belangenorganisaties en geen confessionele of sociaal-democratische organisaties, die bij de acceptatie van andere wetten als de Armenwet en bij de inrichting van uitvoeringsorganen als de Raden van Arbeid en de bedrijfsverenigingen wel een doorslaggevende stem hadden. De uitvoering van de ziekenfondsverzekering in de wetsontwerpen werd daarom niet in handen gelegd van confessionele instellingen, maar overgelaten aan de ziekenfondsen die aan algemeen aanvaarde erkenningseisen moesten voldoen.

De balans in de machtsverhoudingen, het labiele machtsevenwicht, tussen de artsen en de ziekenfondsen maakte het voor de betrokken ministers onmogelijk een door alle partijen aanvaard wetsontwerp door de volksvertegenwoordiging te loodsen. Deze balans werd in evenwicht gehouden door de wederzijdse afhankelijkheid bij de partijen, hun onderlinge verdeeldheid en de houding van de vakbonden.

De artsen bleven voor hun beroepsuitoefening en inkomen afhankelijk van de ziekenfondspraktijk, terwijl de ziekenfondsen voor het aanbod aan medische zorg voor het grootste deel gebonden bleven aan de NMG. De ontwikkelingen in de medische wetenschap versterkten nog meer dan in de vorige periode de vraag naar geneeskundige zorg en daardoor de positie van de artsen. De medische beroepsdifferentiatie tussen huisartsen en specialisten ging versneld door. De scheiding in specialisten en huisartsen had twee gevolgen voor de relatie artsen-fondsen. De eenheid in de NMG werd erdoor verzwakt en de beroepsgroepen onderhandelden gescheiden over hun contractering.

De macht van de artsen tegenover de ziekenfondsen werd niet alleen ingeperkt door de machtsstrijd tussen de twee groepen, maar ook door de starre centralistische strategie van de NMG-Hoofdbesturen, de daarop volgende reacties van de leden en de manier waarop de artsen de apothekers als belangrijkste bondgenoten uitsloten. De zwakte van dit strategisch beleid bleek het duidelijkst in de manier waarop de Huisartsen Commissie en het Hoofdbestuur keer op keer de vereniging van de Maatschappijfondsen verhinderde, terwijl deze fondsen voor de artsen van levensbelang werden en in de polarisatie met de onderling beheerde fondsen door hun concurrentiekracht het belangrijkste wapen hadden kunnen zijn.

Tegenover de zwakte van de NMG stond de verdeeldheid bij de fondsen en de vakbeweging. De commerciële ziekenfondsen waren niet georganiseerd, maar kozen met het oog op hun bedrijfsvoering de kant van de artsen. De katholieke zuil met haar vakorganisatie en fondsen stelde zich steeds centralistischer op en volgde haar eigen beleid tegenover de NMG. De losse Landelijke Federatie van de neutrale onderling beheerde fondsen sloot wisselende allianties met het NVV en het CNV. Deze Federatiefondsen waren zelf vaak ook verdeeld. Deze zwakte werd gedeeltelijk gecompenseerd doordat veel artsen uit onvrede met het beleid van de NMG of gedwongen door het gebrek aan praktijken gedurende de hele periode bereid waren zich aan de onderling beheerde fondsen te verbinden.

De relatie ziekenfondsen-artsen bleef een labiel machtsevenwicht, zowel in tijden van harmonie als in tijden van conflict. Het was een evenwicht, dat noch door verbintenissen met de vakbonden, noch door de overheid doorbroken kon worden. De relatie werd onderhouden door de fondsbestuurders met de aan hun fondsen verbonden medewerkers, de artsen die zich als bestuurder, commissielid of als actief lid voor de NMG inzetten, en de vakbondsprominenten, die zich met de ziekenfondskwestie bemoeiden. De continuïteit onder hen was groot: iemand als de Federatieman Van Schaik spande zich voor het onderling beheerde ziekenfondswezen in vanaf het begin van de eeuw tot zijn dood in 1936. Artsen als Schreve, Cohen, Van Bruggen, Hamaker en Eggink waren vele jaren in touw voor de

behartiging van de artsen en de verzekerden in het ziekenfondswezen. Ook bij de Maatschappijfondsen bleven verzekerdenvertegenwoordigers als Van de Bunt lang actief.

Deze mensen onderhandelden met elkaar, sloten overeenkomsten, werkten samen in commissies als de Unificatiecommissie en de CCZ en stonden tegenover elkaar in tijden van conflict. Hun belang, de inrichting van goed werkende ziekenfondsverzekering, hadden zij gemeenschappelijk. Hun karakters, ideeën en ideologische visie verschilden. Mensen als Van de Bunt, Schreve, Eggink en Cohen steunden de Maatschappijfondsideologie: een ziekenfondsverzekering, gedragen door artsen en verzekerden gezamenlijk. Deze ideologie, ontwikkeld in de periode tot 1908, werd in de jaren 1912-1914 door de NMG tot beleid verklaard en na 1929 met de ontwikkeling van de Maatschappijfondsen versterkt.

Daartegenover stond de ideologie van het onderling beheerd ziekenfondswezen, gedragen door mannen als Stants, Van Schaik en Van Lienden, met als ideaal de gezondheidszorg, uitgevoerd door medewerkers in loondienst en in door de fondsen zelf beheerde eigen instellingen. De vertegenwoordigers van het katholieke ziekenfondswezen zagen de onmogelijkheid van een volledig onderling beheerd katholieke ziekenfondswezen en sloten overeenkomsten met de NMG. De vertegenwoordigers van de neutrale onderling beheerde fondsen bleven wel hun ideaal nastreven, in de dertiger jaren gesteund door het functioneren van de Volharding en Ziekenzorg.

Het landelijk ziekenfondsbestel 1908-1940

De ideologische verschillen tussen de NMG en de onderling beheerde ziekenfondsen bleken in de dertiger jaren onoverbrugbaar, en de polarisatie maakte de ontwikkeling van een landelijk uniform ziekenfondsbestel onmogelijk. Toch gaven de artsen met hun bindende Haagse en Bredase besluiten met de bijbehorende leidraad het landelijk ziekenfondswezen een basis. Deze bindende besluiten werden door de Landelijke Federatie, de andere ziekenfondsen en de vakbeweging als basis voor onderhandelingen over collectieve overeenkomsten geaccepteerd en vormden daardoor de belangrijkste en eigenlijk de enige formele grondslagen van het Nederlandse ziekenfondsbestel in de periode 1912-1941: plaatselijke welstandsgrenzen, vrije medewerkerskeuze, richtlijnen voor de samenstelling van de ziekenfondsbesturen met invloed van de verzekerden, de keuze voor honorariumsystemen en de instelling van controle- en adviesorganen.

Artsen en ziekenfondsen streefden op het landelijk niveau naar de ontwikkeling van een ziekenfondsbeleid. De uitvoering van de ziekenfondsverzekering bleef desondanks tot 1941 een plaatselijke kwestie. Ook in Midden-Nederland.

-
- ¹. J.A de Jonge, 'Het economische leven in Nederland 1895-1914', in: J.C. Boogman e.a., *Geschiedenis van het moderne Nederland: politieke, economische en sociale ontwikkelingen* (Utrecht 1988) 256.
 - ². J.A de Jonge, idem, 270.
 - ³. De belangrijkste organisatie voor de leniging van de sociale nood was het Koninklijk Nationaal Steuncomité, het KNS. Dit comité was formeel een initiatief van koningin Wilhelmina in samenwerking met minister Treub van Landbouw, Nijverheid en Handel en onderhouden door particuliere fondsen, maar aan het einde van de oorlog werd het geheel gefinancierd door de overheid.
L.A. van der Valk, *Van pauperzorg tot bestaanszekerheid. Een onderzoek naar de ontwikkeling van de armenzorg in Nederland tegen de achtergrond van de overgang naar de Algemene Bijstandswet, 1912-1965* (Amsterdam 1986) 42-43.
 - ⁴. W.S.P. Fortuyn, 'Staat en sociaal-economische politiek in de twintigste eeuw', in: F.L. van Holthoon, *De Nederlandse samenleving sinds 1815*, 286.
 - ⁵. L.A. van der Valk, *Van pauperzorg tot bestaanszekerheid*, 259.
 - ⁶. T. van Tijn, 'Het sociale leven in Nederland 1844-1875', in: J.C. Boogman, e.a., *Geschiedenis van het moderne Nederland*, 196.
 - ⁷. H. Daalder, 'Politieke Instellingen en Politieke Partijen', 325.
 - ⁸. H. Daalder, idem, 327.
 - ⁹. Idem.
 - ¹⁰. J. Bosmans, 'Het maatschappelijk-politieke leven in Nederland 1918-1940', in: J.C. Boogman e.a., *Geschiedenis van het moderne Nederland*, 400-401.
 - ¹¹. J. Bosmans, idem, 400.
 - ¹². H. Daalder, 'Politieke Instellingen en Politieke Partijen', 328.
 - ¹³. E.H. Kossmann, *De Lage Landen 1780-1940. Anderhalve eeuw Nederland en België* (Amsterdam 1976) 439-440.
 - ¹⁴. J. Bosmans, 'Het maatschappelijke-politieke leven in Nederland 1918-1940', 412.
 - ¹⁵. P. Boomgaard, 'Stakingen, vakbondslidmaatschap en conjunctuur gedurende het interbellum in Nederland', in: J. van Herwaarden (red.), *Lof der historie. Opstellen over geschiedenis en maatschappij* (Rotterdam 1973) 349.
 - ¹⁶. L.F. van Loo, *Arm in Nederland, 1815-1990*, 93.
 - ¹⁷. L.A. van der Valk, *Van pauperzorg tot bestaanszekerheid*, 32.
 - ¹⁸. W. Romijn, *Welvaart en gezondheid*, 208.
 - ¹⁹. W. Romijn, idem, 209.
 - ²⁰. J. Bosmans, 'Het maatschappelijke-politieke leven in Nederland 1918-1940', 409.
 - ²¹. L.F. van Loo, *Arm in Nederland, 1814-1990*, 80.
 - ²². J. Berting, 'In het brede maatschappelijk midden: de veranderende positie van de middengroepen in de Nederlandse samenleving tussen 1850-1980', 132.
 - ²³. L.F. van Loo, *Arm in Nederland, 1814-1990*, 80.
 - ²⁴. De Wet op het Arbeidscontract was formeel geen sociale wet, maar een aanpassing van het Burgerlijk Wetboek.
 - ²⁵. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 94.
'1930 vooruit', *Het Ziekenfonds. Orgaan van de Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen* 1 (1930) 1.
 - ²⁶. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 218-219.
 - ²⁷. Deze raden zouden voor ieder voor de helft moeten worden gekozen door werknemers en werknemers en de uitvoering van wettelijke regelingen betreffende arbeid moeten regelen.
 - ²⁸. J. Mannoury, 'De ontwikkeling van het sociale zekerheidsstelsel', 198.
 - ²⁹. J.B. Jaspers, *Het medische circuit*, 64.
 - ³⁰. H.C. Sauër, *Geneeskundige verzorging van de minvermogende zieke in Nederland*, 115.
 - ³¹. H.C. Sauër, idem, 116.
 - ³². Afdeling Utrecht, inv.no. 5, vergadering van 23 november 1906.
 - ³³. NMG, inv.no.134, A8b/c, I-IV, Bindende besluiten inzake ziekenbriefjes, 1917, ziekenfondsen, 1917-1934, Spoorwegen- en Johannes de Deofonds, 1938, Middenstandsverzekering.
 - ³⁴. NMG, inv.no. 18, notulen van de vergaderingen van het Hoofdbestuur, juli 1907 - december 1908, vergadering van september 1908.
 - ³⁵. 'Handelingen van de een-en-zestigste algemeene vergadering', *NTvG* 10 (1910 II) 773.
 - ³⁶. 'Handelingen van de een-en-zestigste algemeene vergadering', idem, 758.

-
- ³⁷. Afdeling Utrecht, inv.no. 6, vergadering van 25 november 1910.
- ³⁸. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, 244.
- ³⁹. A. de Swaan, idem, 247.
- ⁴⁰. Idem, 248.
- ⁴¹. De huisartsen in Amsterdam richtten in 1902 de Vereeniging van Ziekenfondsgeneesheeren, de VVZ. De specialisten verenigden zich in 1905 in de Amsterdamsche Specialistenvereening, de ASV. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 168.
- ⁴². De huisartsen in Groningen richtten in 1908 een vereniging op, los van de plaatselijke afdeling. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 232.
- ⁴³. NMG, inv.no 46, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1901-1909, verslag van de buitengewone algemene vergadering van 29 april 1908.
- ⁴⁴. 'Bindende besluiten inzake nieuw op te richten of bestaande ziekenfondsen', *NTvG* 5 (1909 I) 137-138.
- ⁴⁵. J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 90.
- ⁴⁶. J.A. Berger, idem, 91.
- ⁴⁷. Idem, 92.
- Volgens artikel 16 van het wetsontwerp werden als niet arbeiders gezien:
- losse arbeiders met een dagloon van minimaal f 2,50 en ten hoogste f 5;
 - aangeslagenen voor de vermogensbelasting of voor een nader op te geven bedrag in de bedrijfs- of inkomstenbelasting;
 - personen in dienst van een publiekrechtelijk lichaam;
 - mensen als werkgever in de zin van de wet.
- 'Berichten: Wetten, besluiten, officieele verslagen: Arbeiders-ziekteverzekering, Radenwet en Ziektewet', *NTvG* 9 (1910 I) 588.
- ⁴⁸. NMG, inv.no. 20, notulen van de vergaderingen van het Hoofdbestuur, november 1909 - december 1910, buitengewone vergadering van 17 april 1910.
- ⁴⁹. *NTvG* 9 (1910 II) 590.
- ⁵⁰. J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 109.
- ⁵¹. 'Ingezonden: A. van Rhijn, Het ontwerp-arbeidersverzekering', *NTvG* 10 (1910 II) 818-819.
- ⁵². NMG, inv. no. 47, Handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1910-1914, notulen van de buitengewone algemene vergadering van 22 december 1910.
- ⁵³. J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 93.
- ⁵⁴. 'Berichten: de ziekteverzekering', *NTvG* 2 (1912 II) 147.
- ⁵⁵. 'Jaarverslag over de staat en de werkzaamheden van de NMG en haar afdelingen gedurende het jaar 1909-1910', *NTvG* 1 (1910 II) 15-16.
- ⁵⁶. 'Handelingen van de een-en-zestigste algemeene vergadering', *NTvG* 10 (1910 II) 713-757.
- ⁵⁷. 'Handelingen van de een-en-zestigste algemeene vergadering', idem, 735-736.
- ⁵⁸. Idem, 721.
- ⁵⁹. Idem, 753.
- H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 236.
- ⁶⁰. H. Festen, idem, 339.
- ⁶¹. 'Handelingen van de drie-en-zestigste algemeene vergadering te Den Haag', *NTvG* 7 (1912 II) 483.
- ⁶². 'Handelingen van de drie-en-zestigste algemeene vergadering te Den Haag', idem, 486.
- ⁶³. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1913-1915, notulen van de 550e vergadering van 7 juni 1913.
- ⁶⁴. 'Handelingen van de drie-en-zestigste algemeene vergadering te Den Haag', *NTvG* 7 (1912 II) 500.
- ⁶⁵. Idem, 537.
- ⁶⁶. Idem, 509.
- ⁶⁷. J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 114.
- ⁶⁸. J.A. Berger, idem, 111.
- ⁶⁹. Idem, 114.
- ⁷⁰. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, vergadering van 7 juni 1913.
- ⁷¹. Algemene afdelingsfondsen waren fondsen, die door een afdeling waren opgericht of overgenomen en die hun werkring over het hele gebied van de afdeling hadden. Bijzondere fondsen waren fondsen, die door NMG-leden waren opgericht of overgenomen in een afdeling waar geen algemeen ziekenfonds aanwezig was. 'Handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering van 29 en 29 april', *NTvG* 1 (1915 II) 337-342.
- ⁷². H.C. Sauër, *Geneeskundige verzorging van de minvermogende zieke in Nederland*, 54.

-
- ⁷³. NMG, inv.no. 47, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst, 1910-1914, stenografisch verslag van de bespreking uit de besloten vergadering over de voorstellen A, I-V, gehouden in de 64ste Algemeene vergadering, 7-9 juli 1913, 586-618.
- ⁷⁴. NMG, inv.no. 47, idem, 509-512.
- ⁷⁵. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, vergadering van 14 juni 1913.
- ⁷⁶. NMG, inv.no. 47, stenografisch verslag van de bespreking uit de besloten vergadering over de voorstellen A, I-V, gehouden in de 64ste Algemeene vergadering, 7-9 juli 1913, 522-527.
- ⁷⁷. Huisartsen betaalden 2% en apotheekhoudende huisartsen 1,5%. Deze laatsten betaalden minder omdat 25% van hun inkomen uit de apotheek kwam. De contributie kon worden voldaan door middel van een postwissel en bij kleinere bedragen in postzegels.
'Handelingen van de 65ste Algemeene Vergadering van 6-8 juli 1914. Behandeling van de ledencontributie aan de CO', *NTvG* 18 (1914 II) 1364-1367.
- ⁷⁸. NMG, inv.no. 23, notulen van de vergaderingen van het Hoofdbestuur. Juli 1912 - april 1913, notulen van de vergadering van januari 1913.
- ⁷⁹. Ziekenzorg, inv.no. 43, register met notulen van vergaderingen van het bestuur en van het dagelijks bestuur van 30 oktober 1911 tot en met 22 december 1913, vergadering van het dagelijks bestuur van 24 juni 1913.
- Ziekenzorg, inv.no. 62, register, houdende notulen van de Algemene Ledenvergaderingen uit de periode van 11 november 1904 tot en met 24 juli 1916, Algemene Vergadering van 23 juni 1914.
- ⁸⁰. Ziekenzorg, inv.no. 43, bestuursvergadering van 30 juli 1913.
- ⁸¹. Ziekenzorg, inv.no. 95, copie-boek, register met kopieën van uitgaande correspondentie uit de periode van 24 juli 1900 tot en met 14 mei 1918, brief aan de Volharding te Den Haag, 18 augustus 1913.
- ⁸². Ziekenzorg, inv.no. 43, vergadering van 22 december 1913.
- ⁸³. Door en Voor Werklieden en Ziekenzorg uit Amsterdam, de Volharding uit Den Haag, de Algemene Rotterdamse Vereniging uit Rotterdam, de Goudse Vereniging te Gouda, Ziekenzorg te Haarlem, Ziekenzorg te Delft en het ziekenfonds Hengelo.
H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 44.
- ⁸⁴. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 22.
- ⁸⁵. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 45.
- ⁸⁶. Afdeling Utrecht, inv.no. 21, ingekomen en uitgegane stukken, 1910-1917, circulaire van de Landelijke Federatie, met commentaar rondgestuurd aan de leden van de NMG, 27 november 1913.
Afkort als circulaire.
- ⁸⁷. P.J. Oud, *Honderd jaren*, 227.
- ⁸⁸. Circulaire.
- ⁸⁹. 'Waarschuwing van het hoofdbestuur aan de Nederlandse geneesheren niet in te gaan op een advertentie voor fondsgeneesheren, 24 november 1913', *NTvG* 22 (1913 II) 1843.
- ⁹⁰. 'Ingezonden stuk van J. Cahen uit Rotterdam over de vraag of de artsen eensgezind genoeg zijn voor de strijd met de Federatie', *NTvG* 23 (1913 II) 1984-1985.
- ⁹¹. Ziekenzorg, inv.no. 43, vergadering van 22 december 1913.
- ⁹². Afdeling Utrecht, inv.no. 7, notulen van de vergadering van 9 januari 1914.
- ⁹³. Ziekenzorg, inv.no. 43, vergadering van 16 januari 1913.
Ziekenzorg, inv.no. 95, brief aan de Christelijke Bestuurdersbond, 2 mei 1914.
Afdeling Utrecht, inv.no. 7, notulen van de vergadering van 9 januari 1914.
- ⁹⁴. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, notulen van de vergadering van 9 januari 1914.
- ⁹⁵. Afdeling Utrecht, inv.no. 21, verslag van de openbare vergadering van de Landelijke Federatie van 24 maart 1914.
Dit was een protestvergadering tegen de oprichting van het eerste afdelingsziekenfonds door de NMG.
Sprekers waren de socialist Schaper en de arts A.C.A. Hoffman.
- ⁹⁶. Afdeling Utrecht, inv.no. 21, verslag van de openbare vergadering van de Landelijke Federatie van 24 maart 1914.
- ⁹⁷. Afdeling Utrecht, idem, brief van Cohen aan Van Leeuwen als secretaris van de afdeling Utrecht over de Utrechtse directeursfondsen, 4 juni 1914.
- ⁹⁸. NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1925, 247-251. Jaarverslag huisartsenorganisatie over 1924.
- ⁹⁹. J. Veldman, *Geschiedenis Ziekenfondswezen* (Typescript; z.p. z.j.) 23.
- ¹⁰⁰. 'Handelingen van de 65ste Algemeene Vergadering van 6-8 juli 1914', *NTvG* 18 (1914 II) 1258-1259.

-
- ¹⁰¹. De exacte tekst luidt: *collectieve overeenkomsten met rechtspersoonlijkheid bezittende instellingen, ter verzekering van geneeskundige hulp aan groepen van personen, onverschillig of de instelling al of niet een ziekenfonds of een daarmee gelijk te stellen instelling bezit.*
- ¹⁰². 'Handelingen van de 65ste Algemeene Vergadering van 6-8 juli 1914', 1261.
- ¹⁰³. Idem, 1268.
- ¹⁰⁴. Idem, 1279 en 1282-1283.
- ¹⁰⁵. Idem, 1285.
- ¹⁰⁶. Idem, 1295.
- ¹⁰⁷. Idem, 1309.
- ¹⁰⁸. Idem, 1323.
- ¹⁰⁹. Idem, 1358-1360.
- ¹¹⁰. 'Leidraad inzake de uitvoering van de Bredase Besluiten, 27 oktober 1914', *NTvG* 18 (1914 II) 1408-1409.
- ¹¹¹. NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1922, 259-272. Jaarverslag huisartsenorganisatie 1922.
- ¹¹². ARA, Plaatsingslijst van het archief van de (Koninklijke) Maatschappij tot Bevordering van de Pharmacie, 1842-1960, afgekort als NMP, inv.no. 43, uitvoering ziekteverzekering: ziekenfondsen: adressen, rapporten, kwesties, bindend besluit om eisen aan ziekenfondsen te stellen, 1911-1930.
- ¹¹³. NMP, inv.no. 43, eisen voor erkend of toegelaten ziekenfonds, 1913.
- ¹¹⁴. 'Handelingen van de 66ste Algemeene Vergadering van 5-6 juli 1915', *NTvG* 7 (1915 II) 954.
- ¹¹⁵. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, notulen van de vergaderingen van 19 mei en 29 juni 1914.
- ¹¹⁶. 'Handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering van 29 en 29 april. Art. 237: algemene afdelingsziekenfondsen en bijzondere ziekenfondsen', *NTvG* 1 (1915 II) 337-342.
- ¹¹⁷. 'Handelingen van de 66ste Algemeene Vergadering van 5-6 juli 1915', *NTvG* 7 (1915 II) 948.
- ¹¹⁸. 'Handelingen van de 66ste Algemeene Vergadering van 5-6 juli 1915', idem, 949.
- ¹¹⁹. Idem, 949, 957-959.
- ¹²⁰. NMP, inv.no. 43, correspondentie over de honorariumverhoudingen artsen-apothekers, 1915.
- ¹²¹. 'Handelingen van de 66ste Algemeene Vergadering van 5-6 juli 1915', *NTvG* 7 (1915 II) 944-1020.
- ¹²². 'Handelingen van de 66ste Algemeene Vergadering van 5-6 juli 1915', idem, 954-956.
- ¹²³. Idem, 960-964.
- ¹²⁴. Idem, 978.
- ¹²⁵. Idem, 992.
- ¹²⁶. Idem, 1003.
- 'Verslag van de 66ste algemeene vergadering', *NTvG* 3 (1915 II) 561-563.
- ¹²⁷. 'Verslag van de 66ste algemeene vergadering', idem, 993.
- ¹²⁸. Afdeling Utrecht, inv.no. 7, notulen van de vergadering van 28 juni 1915.
- ¹²⁹. NMP, inv.no. 44, samenwerking met de Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst. Ziekenfondsen, 1899-1914, notulen van de gecombineerde vergadering KNMP en CO-bestuur, 20 oktober 1915.
- ¹³⁰. 'Beroepsbelangen: Het Federatie-Ziekenfonds te Alkmaar', *NTvG* 9 (1915 II) 1292-1293.
- ¹³¹. 'Handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering van 29 en 29 april. Huishoudelijk reglement: art. 182. tuchtmaatregelen bij schadelijk gedrag', *NTvG* 1 (1915 II) 211-218.
- ¹³². 'Handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering van 29 en 29 april. Art. 229: doel van de centrale organisatie van ziekenfondsen', *NTvG* 1 (1915 II) 317-326.
- ¹³³. 'Jaarlijkse vergadering van vertegenwoordigers van ziekenfondsgeneesheren, 28 mei 1916', *NTvG* 19 (1916, II) 1675-1681.
- ¹³⁴. 'Beschrijvingsbrief van de 67ste algemeene vergadering, punt VIII, samenwerking met de NMP, 10 mei 1916', *NTvG* 20 (1916 II) 1693-1697.
- ¹³⁵. Afdeling Utrecht, inv.no. 8, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1916-1917, notulen van de vergadering van 23 juni 1916, pre-adviezen.
- ¹³⁶. NMP, inv.no. 45, Samenwerking met de Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst inzake ziekenfondsen met de Maatschappij: Afdelingsziekenfondsen, centrale organisatie in ziekenfondszaken, centraal bureau voor ziekenfondszaken, 1899-1930. Grondslagen voor samenwerking op ziekenfondsgebied tussen de Nederlandsche Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie en de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1919.
- Afschrift in het archief van de Stichting HiZ, z.i., losmaking Maatschappij-ziekenfondsen van de KNMG, 1945-1952.

-
- ¹³⁷. 'Handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering van 29 en 29 april', *NTvG* 1 (1915 II) 235-277.
- ¹³⁸. 'Handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering van 29 en 29 april', idem, 242.
- ¹³⁹. Idem, 248.
- ¹⁴⁰. Idem, 252-255.
- ¹⁴¹. Idem, 272. Hij was ook voorzitter geweest van het Comité.
- ¹⁴². 'Beroepsbelangen: het honorarium van den huisarts en den specialist in de ziekenfondsen', *NTvG* 3 (1915 II) 613-614.
- ¹⁴³. Vereeniging, inv.no. 8, notulen van de Buitengewone Algemene Vergadering van 17 april 1909.
- ¹⁴⁴. Afdeling Utrecht, inv.no. 6, notulen van de vergadering van 24 februari 1911.
- ¹⁴⁵. Afdeling Utrecht, inv.no. 21, huishoudelijk reglement van de Onderafdeeling ter behartiging van het Ziekenfondswezen van de afdeling Utrecht, 19 november 1912.
- ¹⁴⁶. 'Handelingen van de 69e algemene vergadering van 27 en 28 augustus 1918', *NTvG* 13 (1918 II) 1066-1067.
- ¹⁴⁷. 'De vrije loop', *Het Ziekenfonds* 6 (1925) 2-3.
- ¹⁴⁸. 'Handelingen van de buitengewone algemene vergadering van 19 en 20 december 1918', *NTvG* 16 (1919 II) 1264-1265.
- ¹⁴⁹. NMG, inv.no. 26, notulen van de vergaderingen van het hoofdbestuur, 1916-1918, notulen van de vergadering van november 1917.
- 'Handelingen van de buitengewone algemene vergadering van 2 en 3 mei 1918', *NTvG* 3 (1918 II) 136-171.
- ¹⁵⁰. 'Handelingen van de buitengewone algemene vergadering van 31 oktober 1920', *NTvG* 26 (1920 II) 2802.
- ¹⁵¹. 'Handelingen van de buitengewone algemene vergadering van 2 en 3 mei 1918', *NTvG* 3 (1918 II) 143.
- ¹⁵². 'Handelingen van de buitengewone algemene vergadering van 2 en 3 mei 1918', idem, 158-159.
- ¹⁵³. Idem, 159.
- ¹⁵⁴. 'Handelingen van de 69e algemene vergadering van 27 en 28 augustus 1918', *NTvG* 13 (1918 II) 1064.
- ¹⁵⁵. NMG, inv.no. 48, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1915-1920, notulen van de buitengewone algemene vergadering van 19 en 20 december 1918.
- 'Handelingen van de buitengewone algemene vergadering van 19 en 20 december 1918', *NTvG* 16 (1919 II) 1252-1293.
- ¹⁵⁶. 'Handelingen van de buitengewone algemene vergadering van 19 en 20 december 1918', idem, 1260.
- ¹⁵⁷. Idem, 1271.
- ¹⁵⁸. 'Overzicht van wijzigingen van de artikelen van het huishoudelijk reglement, door de ALV's van 1916-1918 aangenomen. 14 april 1919', *NTvG* 16 (1919 I) 1377-1382.
- ¹⁵⁹. 'Overzicht van wijzigingen van de artikelen van het huishoudelijk reglement, door de ALV's van 1916-1918 aangenomen. 14 april 1919', idem, 1372.
- ¹⁶⁰. 'Verslag over de staat en de werkzaamheden van de NMG en haar afdelingen gedurende het jaar 1918-1919', *NTvG* 26 (1919 I) 2321-2342.
- ¹⁶¹. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 267.
- ¹⁶². NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1922. Jaarverslag van de specialistenorganisatie, 27-32.
- ¹⁶³. 'Ontwerp-reglement van de huisartsenorganisatie', *NTvG* 25 (1920 I) 2630-2643.
- NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1921. Reglement van de huisartsenorganisatie, 31 juli 1921, 589-600.
- ¹⁶⁴. NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1923, handelingen van de 74e Algemene Ledenvergadering, 354-376.
- ¹⁶⁵. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 270.
- ¹⁶⁶. NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1923. Instelling bevestigingscommissie, 1.
- ¹⁶⁷. NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1924, 47-57.
- ¹⁶⁸. J.L., 'Het Ziekenfondswezen in het belang der arbeiders en een algemeen belang', *Het Ziekenfonds* 1 (1925) 7-8.
- ¹⁶⁹. Stichting HiZ, Unificatiecommissie, 1922-1926, toelichting op het standpunt van de Landelijke Federatie ter behartiging van het Ziekenfondswezen in de Unificatiecommissie, ongedateerd.
- ¹⁷⁰. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 233.
- ¹⁷¹. Na het Ziekenfondsenbesluit.
- ¹⁷². J. Veldman, *Geschiedenis Ziekenfondswezen*, 26.

-
- H. Festen en N.A. van Gemert, *Van doktersfonds tot zorgverzekeraar 1914-1989. 75 jarige geschiedenis van Ziekenfonds Midden-Brabant tegen een landelijk decor A.A.A.-VGZ* ('s-Hertogenbosch 1990) 14, 39.
- ¹⁷³. 'Beroepsbelangen: H.A. van Eyk, ziekteverzekering voor de middelklasse in Nederland', *NTvG* 15 (1917 II) 1349.
- ¹⁷⁴. 'Beroepsbelangen: H.A. van Eyk, ziekteverzekering voor de middelklasse in Nederland', idem, 1350.
175. P.A. Zeven, *Ziektekostenverzekering* (Amsterdam 1963) 14.
- ¹⁷⁶. 'Handelingen van de Buitengewone Algemeene vergadering van 2 en 3 mei 1918', *NTvG* 3 (1918 II) 192-232.
- NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Rapport inzake het onderzoek naar de middenstands-ziekteverzekering, 1922, 173-180.
- ¹⁷⁷. 'Verslag over de staat en de werkzaamheden van de NMG en haar afdelingen gedurende het jaar 1918-1919', *NTvG* 26 (1919 I) 2325.
- ¹⁷⁸. 'Handelingen van de buitengewone algemeene vergadering van 31 oktober 1920', *NTvG* 26 (1920 II) 2768, 2773.
- ¹⁷⁹. Ziekenzorg, inv.no. 97, Copie-boek. Register met kopieën van uitgaande correspondentie uit de periode van 22 augustus 1918 tot en met 22 december 1922, brief aan G.W. Sannes, SDAP 2e kamerfractie, 1 december 1919.
- ¹⁸⁰. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 74.
- ¹⁸¹. W.B. Smit, *Het vraagstuk der ziekenhuisverpleging voor de gemeenten* (Haarlem 1939) 14.
- ¹⁸². W.B. Smit, idem, 17-18.
- ¹⁸³. Idem, 18.
- 'Handelingen van de buitengewone algemeene vergadering van 31 oktober 1920', *NTvG* 26 (1920 II) 2847.
- ¹⁸⁴. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 74.
- ¹⁸⁵. H.F. van der Velden, idem, 77.
- ¹⁸⁶. J.T.M. van der Heyden, *Het Ziekenhuis door de eeuwen heen. Over geld, macht en mensen* (Rotterdam 1994) 79.
- ¹⁸⁷. W.B. Smit, *Het vraagstuk der ziekenhuisverpleging voor de gemeenten*, 38-47.
- ¹⁸⁸. W.B. Smit, idem, 42.
- ¹⁸⁹. Idem, 86.
- ¹⁹⁰. 'Verslag over de staat en de werkzaamheden van de NMG en haar afdelingen gedurende het jaar 1918-1919', *NTvG* 26 (1919 I) 2330.
- ¹⁹¹. *Het Ziekenfonds* 9 (1925) 1.
- ¹⁹². 'Arts en samenleving: A.C. van Bruggen, Ziekteverzekering en het vrije beroep der artsen', *NTvG* 17 (1920 II) 1715-1719.
- ¹⁹³. 'Arts en samenleving: A.C. van Bruggen, Ziekteverzekering en het vrije beroep der artsen', idem, 1716.
- ¹⁹⁴. VHZ, z.i., notulen van de deelnemersvergaderingen, notulen van de vergadering van 2 februari 1922. Vereeniging, inv.no. 9, notulen van de ledenvergaderingen van de Vereeniging, 1914-1923, vergadering op 18 maart 1922.
- ¹⁹⁵. Ziekenzorg, inv.no. 28, register met notulen van de vergaderingen van het bestuur van 5 mei 1920 tot en met 13 oktober 1927, vergadering van 29 maart 1922.
- ¹⁹⁶. Ziekenzorg, inv. no. 28, vergadering van 28 juli 1920.
- ¹⁹⁷. Stichting HiZ, Algemeene Raad ter bevordering van het Ziekenfondswezen. Rede van F.S. Noordhoff tijdens een algemene vergadering van de Algemene Raad over de vakbeweging en het Ziekenfondswezen, 1931.
- ¹⁹⁸. Stichting HiZ, Unificatiecommissie, 1922-1926, notulen van de vergaderingen van de vakbonden onderling en met de vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en de medewerkersorganisaties, notulen van de conferentie van het Dagelijks Bestuur van het Nederlandsch Verbond van Vakverenigingen met de CO, 28 juni 1928.
- ¹⁹⁹. Stichting HiZ, idem, toelichting op het standpunt van de Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen in de Unificatiecommissie, ongedateerd.
- ²⁰⁰. Idem, vergadering met het RKV, het CNV, het ANV en het NAS van 14 september 1922.
- ²⁰¹. Idem.
- ²⁰². *Het Ziekenfonds* 9 (1925) 1.
- ²⁰³. H.C. & E.W. van der Hoeven, *Om Welzijn of Winst*, 73.
- ²⁰⁴. *Rapport der Commissie tot onderzoek naar de mogelijkheid, meer eenheid te brengen in het Ziekenfondswezen in ons land* (Zeist 1925).
- Afgekort als Unificatierapport, UR.

-
- ²⁰⁵. UR, 2.
- ²⁰⁶. UR, 7.
- ²⁰⁷. Stichting HiZ, Unificatiecommissie, notulen van de vergadering van de Commissie van 22 februari 1923.
- ²⁰⁸. UR, 8.
- ²⁰⁹. UR, 9.
- ²¹⁰. UR, 15.
- ²¹¹. UR, 15-16.
- ²¹². UR, 24.
- ²¹³. UR, 28.
- ²¹⁴. UR, 27.
- ²¹⁵. Ziekenzorg, inv.no. 98, Copie-boek. Register met kopieën van uitgaande correspondentie uit de periode van 24 juli 1900 tot en met 14 mei 1918, brief aan verzekerde A. Schouten, 30 juli 1914.
- ²¹⁶. Stichting HiZ, Unificatiecommissie, 1922-1926, nota ter verdediging van het opnemen van de tandheelkundige hulp in het ziekenfondspakket, ongedateerd.
- ²¹⁷. Afdeling Utrecht, inv.no. 21, ingekomen en uitgegane stukken, brief van de NMT aan de afdeling Utrecht van de NMG, augustus 1921.
- ²¹⁸. UR, 35-40.
- ²¹⁹. De geneesmiddelenvoorziening op het platteland was geregeld door apotheekhoudende huisartsen.
- ²²⁰. Cijfers, door de Unificatiecommissie gebaseerd op het verslag van de Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid 1923. De kosten van sanatoriumverpleging waren niet te ramen, omdat nooit te bepalen was hoeveel personen voor opname in aanmerking kwamen.
- ²²¹. 'Notulen van de Algemene Vergadering van de Federatie, gehouden op 18 november 1925', *Het Ziekenfonds* 9 (1925) 4-6.
- ²²². *Het Ziekenfonds* 9 (1925) 1.
- ²²³. *Het Ziekenfonds* 5 (1925) 8.
- ²²⁴. 'Het conflict aan de Volharding en de Vrije Artsenkeuze', *Het Ziekenfonds* 1 (1925) 2-3.
- ²²⁵. *Het Ziekenfonds* 1 (1925) 4.
- ²²⁶. 'Bij de Volharding', *Het Ziekenfonds* 4 (1925) 3.
- ²²⁷. *Het Ziekenfonds* 2 (1926) 1.
- ²²⁸. *Het Ziekenfonds* 9 (1925) 5.
- ²²⁹. *Het Ziekenfonds* 2 (1926) 2.
- ²³⁰. Idem, 1-6.
- 'Aan de aangesloten fondsen', *Het Ziekenfonds* 1 (1926) 1.
- ²³¹. 'Aan de aangesloten fondsen', idem, 5.
- ²³². J. Veldman, *Geschiedenis Ziekenfondswezen*, 21.
- ²³³. Stichting HiZ, Unificatiecommissie, 1922-1926, notulen van de vergadering van de commissie van 26 november 1926.
- ²³⁴. Stichting HiZ, idem, vergadering van 18 maart 1926.
- ²³⁵. 'Aan wie de schuld?' *Het Ziekenfonds* 3 (1926) 2-3.
- ²³⁶. 'Nogmaals een vergadering van het Unificatierapport', idem, 1-2.
- ²³⁷. J. Veldman, *Geschiedenis Ziekenfondswezen*, 20.
- ²³⁸. J. Veldman, idem, 19.
- ²³⁹. 'Geeft de Mij. van Geneeskunst de "Vrije Artsenkeuze" prijs?', *Het Ziekenfonds* 1 (1928) 2.
- ²⁴⁰. Deze commissie heette voluit: Centrale Commissie tot bevordering der alle in de R.K. Arbeidersbeweging van Nederland bestaande en op te richten fondsen, welke zich ten doel stellen aan hun leden en dezer gezinnen, ingeval van ziekte, genees-, heel- en verloskundige hulp, benevens geneesmiddelen te verschaffen. *Het Ziekenfonds* 11 (1927) 3.
- ²⁴¹. J. Veldman, *Geschiedenis Ziekenfondswezen*, 21, H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 363. H. Festen, en N.A. van Gemert, *Van doktersfonds tot zorgverzekeraar 1914-1989*, 68.
- ²⁴². 'Geeft de Mij. van Geneeskunst de "Vrije Artsenkeuze" prijs?', 1.
- ²⁴³. De Federatie breidde zich nog steeds uit. In januari 1928 sloten De Eendracht uit Nijkerk en Het Algemeen Ziekenfonds voor Laren en Blaricum zich aan. *Het Ziekenfonds* 2 (1928) 1.
- ²⁴⁴. 'Het oprichten van R.-K. Ziekenfondsen', *Het Ziekenfonds* 1 (1928) 1.
- ²⁴⁵. 'Geeft de Mij. van Geneeskunst de "Vrije Artsenkeuze" prijs?', 2.

-
- ²⁴⁶. NMG, inv.no. 49, handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1921-1929, handelingen van de Algemene Vergadering van 28 en 29 januari 1928.
- ²⁴⁷. 'De arbeiders en het Ziekenfondswezen', *Het Ziekenfonds* 4 (1928) 2.
- 'Nieuwe wegen, voorstel van het bestuur tot samenwerking met het N.V.V.', *Het Ziekenfonds* 5 (1928) 3.
- ²⁴⁸. J. Veldman, *Geschiedenis Ziekenfondswezen*, 24.
- ²⁴⁹. J. Veldman, idem, 24
- H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 369.
- ²⁵⁰. 'De Mij. van Geneeskunst en de Moraal clause', *Het Ziekenfonds* 6 (1930) 4.
- ²⁵¹. 'Strijd?', *Het Ziekenfonds* 7 (1930) 3.
252. NMG, inv.no. 49, Handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1923, 259-272, jaarverslag van de huisartsenorganisatie over 1922.
253. NMG, idem, Handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1929. Jaarverslag van de NMG over 1928, afdeling ziekenfondsbelangen.
254. Idem, Handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1922, 259-272. Jaarverslag van de huisartsenorganisatie over 1921.
255. C.J. Japenga en H.F. van der Velden, 'Het geneeskundig beroep en de regionale differentiatie in organisatie en financiering van de gezondheidszorg in Nederland (1900-1941)', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 18 (1992) 510.
256. NMG, inv.no. 175, M 1, I-II, Maatschappijziekenfondsen, vergaderingen 1926-1936, notulen van de vergadering van vertegenwoordigers van Maatschappijfondsen van 4 juli 1926.
257. NMG, idem, correspondentie met prof. Meyers te Leiden over de verhouding NMG-Maatschappijfondsen, oktober 1926-januari 1927.
258. NMG, inv.no. 28, Notulen van de vergaderingen van het Hoofdbestuur, 1929, vergaderingen van 11 en 12 mei, 14 en 15 september en 14 en 15 december 1929.
259. Jaarverslag van de NMG over 1928, afdeling ziekenfondsbelangen.
260. NMG, inv.no. 176, M 4, I-II, Maatschappijziekenfondsen, gehele land, 1929-1939.
261. NMG, inv.no. 28, notulen van de vergadering van 9 en 10 februari 1929.
262. NMG, idem, notulen van de vergadering van 14 en 15 september 1929.
- 'Oprichting van nieuwe maatschappijfondsen', *NTvG* (1929 II) 4450.
263. NMG, inv.no. 140, A60, Algemene Raad voor het Ziekenfondswezen, 1930-1934, verslag vergadering van het DB van de NMG met Noordhoff, Van Schaik en Kruithof van 14 april 1931.
264. NMG, inv.no. 175, notulen van de vergadering van vertegenwoordigers van Maatschappijfondsen van 30 juni 1929.
265. NMP, inv.no. 429, 361.a. Eigendomsrechten van ziekenfondsen, advies van mr. P.S. Frenkel aan de Huisartsen-Commissie over de organisatie van Maatschappij Ziekenfondsen, 22 november 1935.
- NMP, idem, brief van het hoofdbestuur van de NMP aan het hoofdbestuur van de NMG over het onderbrengen van de Maatschappijfondsen in een stichting, 17 maart 1936.
266. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 381-382.
267. NMP, inv.no. 316, Doss.nr. 253. Commissie voor het ziekenfondswezen. 1935-1942. Brief van het HB van de NMP aan het HB van de NMG over het onderbrengen van de Maatschappijfondsen in een stichting, 17 maart 1936.
268. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 123, Correspondentie, verslagen en reglementen betreffende de oprichting van een Bond van Maatschappij-Ziekenfondsen op federatieve grondslag, 1936-1937, tekst voor een rede van de voorzitter Van den Helm, 1937.
269. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 123, uitnodiging aan besturen van de Maatschappijfondsen voor een vergadering op 28 november 1936.
- Stichting HiZ, Tot stand komen van de Federatie V.M.Z., 1933-1942.
270. *Een halve eeuw lang. Jan van de Bunt op de bres voor de zieke medemens* (Amersfoort 1979).
271. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 123, idem, brief aan het Hoofdbestuur van de NMG, 25 november 1936.
- Afschrift met aantekeningen in: NMP, inv.no. 431, doss.nr. 361.2, Bond van Maatschappij-Ziekenfondsen, 1914-1936.
272. Amersfoort en Omstreken, inv.no. 123, beknopte notulen van de vergadering van de "Maatschappij tot bevordering van het Ziekenfondswezen in Nederland", 28 november 1936.
273. Afdeling Utrecht, inv.no. 24, ingekomen en uitgaande stukken, 1937-1941, brief van de UHV aan de afdeling over de zeggenschap van de Mij.-fondsen bij de bond van Mij.-fondsen, 17 januari 1937.

-
274. NMG, inv.no. 195, R 51, dr. I.J. van der Helm, Amersfoort. Reorganisatie ziekenfondswezen. Verslag van de vergadering van het HB van 12 en 13 december 1936.
275. NMP, inv.no. 431, doss.nr. 361.2 Bond van Maatschappij-Ziekenfondsen, 1914-1936. Brief van het HB van de NMG, 14 december 1936.
276. NMG, inv.no. 195, verslag van de vergadering van het HB van 9 en 10 januari 1936.
277. Centraal Bureau voor de Statistiek, *Overzicht van den omvang van het ziekenfondswezen in Nederland op 1 januari 1936* ('s-Gravenhage 1937) 11.
Afkort als CBS 1936.
278. Centraal Bureau voor de Statistiek, *1899-1984. 85 jaren statistiek in tijdreeksen* ('s-Gravenhage 1984) 16.
279. CBS 1936, 31.
280. NMG, inv.no. 180, M 28, Maatschappijfondsen, stichting, 1936. Verslag van de buitengewone ALV van 28 en 19 maart 1936, overeenkomst met de NMT.
'De Nederlandse Mij. tot bevordering der Geneeskunst en de Nederlandse Mij. tot bevordering der Tandheelkunde vinden elkaar', *Het Ziekenfonds* 6 (1935) 2.
281. CBS 1936, 34.
²⁸². NMG, inv.no. 271, notulen en reglementen van de Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen, 1935-1938, overzicht werkzaamheden juli 1936 tot april 1938.
283. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 208.
'De Crisisregeling voor leden der Ziekenfondsen te Haarlem', *Het Ziekenfonds* 1 (1933) 2.
284. C. Eggink, *Het Ziekenfondsregeling in crisistijd* (z.p. z.j.)
H.G. Hamaker, 'Ziekenfondsen, geneesmiddelen en crisis', *Het Ziekenfonds* 12 (1933) 2-3.
285. Afdeling Utrecht, inv.no. 23, Ingekomen- en uitgegane stukken, 1925-1936, artikelen over de verlaging van de ziekenfondstarieven als onderdeel van de crisisregeling, typescripten, 1935.
286. NMG, inv.no. 175, notulen van de vergadering van de besturen van Maatschappijfondsen op 24 november 1934.
'De crisiswerklozen en de Ziekenfondsen', *Het Ziekenfonds* 7-8 (1934) 1-2.
287. C. Eggink, *Het Ziekenfondsregeling in crisistijd*, 24-26.
Het Ziekenfonds, 8-9 (1935) 5.
288. H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg*, 208.
289. J.J. Woltjer, *Recent verleden*, 523.
290. NMG, inv.no. 175, beknopte notulen van de vergadering van de "Maatschappij tot bevordering van het Ziekenfondswezen in Nederland", 28 november 1936.
291. 'Nieuwe wegen', *Het Ziekenfonds* 5 (1928) 3-4.
292. Stichting HiZ, Algemeene Raad, Bestuurdersbonden en Ziekenfondsen. Stellingen van F.S Noordhoff. Stelling III.
293. 'Algemeene Raad ten behoeve van het ziekenfondswezen', *Het Ziekenfonds* 11 (1929) 1.
294. Stichting HiZ, Algemeene Raad ter bevordering van het Ziekenfondswezen. Brief van het NVV aan de Bestuurders, houdende het verzoek de Algemeene Raad op te hoogte te houden met plaatselijke ziekenfondszaken, 30 december 1929.
295. Stichting HiZ, Verhouding RKWV en de Bond RKZ, 1932-1941, Ziekenzorg, verslagen over 1932 en 1933.
296. Stichting HiZ, Algemeene Raad ter bevordering van het Ziekenfondswezen, Verrichtingen van de Algemeene Raad gedurende het jaar 1932.
297. Stichting HiZ, idem, verslagen over 1931 en 1932.
298. Stichting HiZ, Verhouding RKWV en de Bond RKZ, 1932-1941. Resoluties, reglementen en pamfletten betreffende de oprichting van de Bond van R.K-ziekenfondsen, 1931-1933, Statuten van den bond van R.K.-Ziekenfondsen in Nederland, 1932.
299. Stichting HiZ, idem, verslag over 1935.
300. Idem, resolutie inzake het ziekenfondswezen, 24 oktober 1932.
301. Stichting HiZ, Algemeene Raad, Reglement van de Algemeene Raad.
Afgedrukt in *Het Ziekenfonds* 12 (1929) 2-3.
302. NMG, inv.no. 28, Notulen van de vergaderingen van het Hoofdbestuur, 1929, notulen van de vergadering van 14 en 15 december 1929.
303. NMG, inv.no. 179, M 18, Maatschappijziekenfondsen, aard en beginselen, 1930. Advies van de HC over de verhouding van de NMG tegenover de Federatie-fondsen, 27 oktober 1930.
304. NMG, inv.no. 179, idem.

-
305. In 1930 en 1931 sloten zich ziekenfondsen aan uit Bolsward, Hoorn, Almelo, Assen, Zutphen, Harlingen, Tiel, Doesburg, Warnsveld, Brielle, Brummen, Haarlem en Doetinchem. Fondsen werden opgericht in Huizen, Heerenveen, Drachten, Maassluis, Winschoten, Maastricht, Vlaardingen, Kampen, Oosterbeek, Waddinxveen en Den Helder.
Stichting HiZ, Algemeene Raad, verrichtingen van de Algemeene Raad gedurende het jaar 1930 en 1931.
306. Stichting HiZ, idem, overzicht van de over het tweede en derde kwartaal 1932 gevoerde correspondentie.
307. Idem, verrichtingen van de Algemeene Raad over 1930.
Idem, afdruk van het overzicht van de onderhandelingen van het hoofdbestuur met de Algemeene Raad ter bevordering van het ziekenfondswezen, 8 november 1931.
308. Stichting HiZ, Verhouding RKWV en de Bond RKZ, 1932-1941, verslag van de plenum-bijeenkomst van de HC en de SC met de vertegenwoordigers van de Algemeene Raad en de Landelijke Federatie, 13 mei 1933.
309. NMG, inv.no. 140, A60, Algemeene Raad voor het Ziekenfondswezen, 1930-1934, voorstel van het HB van de NMG voor richtlijnen met samenwerking met de Raad, 18 maart 1931.
Stichting HiZ, Algemeene Raad, verrichtingen over het jaar 1931 en Overzicht van de onderhandelingen van het HB van de NMG met de Algemeene Raad, 1931.
310. NMG inv.no. 140, verslag van de vergadering van het DB van de NMG met Noordhoff, Van Schaik en Kruithof van 14 april 1931.
311. Stichting HiZ, Algemeene Raad, Adres van de Algemeene Raad aan de Tweede Kamer betreffende de ontwerp-Ziekenfondswet, april 1931.
312. Stichting HiZ, idem, F.S. Noordhoff, *Inleiding over de betekenis van de Ziekenfondswet* (Utrecht 1931) 11.
313. 'Het praestatiestelsel', *Het Ziekenfonds* 3 (1931) 2.
314. Stichting HiZ, F.S. Noordhoff, *Inleiding over de betekenis van de Ziekenfondswet*, 20.
315. Stichting HiZ, idem, 29.
316. Stichting HiZ, Algemeene Raad, Afdruk van het overzicht van de onderhandelingen van het hoofdbestuur met de Algemeene Raad ter bevordering van het ziekenfondswezen.
317. J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 193.
318. F.S. Noordhoff, 'Onduldbare voogdij van de medici. Aanmatiging van rechten in ziekenfondsbesturen', *Het Ziekenfonds* 2-3 (1932) 6-7.
319. NMG, inv.no. 140, A60, notulen van de buitengewone vergadering van het HB van 11 juni 1932.
320. NMG, idem, brief van het HB aan de afdelingen over de met samenwerking met de Raad en een uitspraak over de bestuurssamenstelling, 11 april 1933.
321. 'Algemeene Raad. Program van actie opgesteld'. *Het Ziekenfonds*, 2-3 (1932) 3.
322. 'Notulen van de Achttiende Jaarvergadering van de Landelijke Federatie, 30 juni 1932', *Het Ziekenfonds* 5 (1932) 2-7.
323. 'Adres', *Het Ziekenfonds* 4 (1932) 2.
Stichting HiZ, Algemeene Raad, Verrichtingen van de Algemeene Raad over 1932.
324. De Raad wees het voorstel van de HC niet principieel af, maar de strijd speelde zich meer en meer af tussen de Raad en het HB.
NMG, inv.no. 140, notulen van de buitengewone vergadering van het HB van 11 juni 1932.
Stichting HiZ, Algemeene Raad, brief van de Algemeene Raad aan de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, 27 juni 1932.
325. NMP, inv.no. 317, Doss.nr. 253.1. Centrale commissie voor het ziekenfondswezen. 1935-1941, memorandum over het falen van de Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen, 18 oktober 1939. Afgekort als: Memorandum.
326. 'Notulen der Algemeene Vergadering van de Landelijke Federatie van 21 juni 1935', *Het Ziekenfonds* 8-9 (1935) 1.
327. Afdeling Utrecht, inv.no. 15, Notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1933-1934, vergadering van 28 april 1933.
328. 'Bindende besluiten', *Het Ziekenfonds* 6 (1932) 1.
Stichting HiZ, Algemeene Raad, brief van het NVV aan de leden van het Verbondsbestuur, 9 augustus 1932.
329. '1933', *Het Ziekenfonds* 1 (1933) 1.
330. Stichting HiZ, Algemeene Raad, verrichtingen van de Algemeene Raad over 1932.
331. 'Algemeene Raad ter bevordering van het Ziekenfondswezen. Wordt de Raad opgeheven?', *Het Ziekenfonds*, 10 (1934) 1-2.
'Notulen der Jaarvergadering van 11 juli 1934', *Het Ziekenfonds* 7-8 (1934) 4.
332. 'Notulen der Jaarvergadering van 11 juli 1934', idem, 3.

-
333. Idem, 6.
334. Idem, 5.
335. 'Notulen der jaarvergadering van dinsdag 11 juli 1933', *Het Ziekenfonds* 9 (1933) 2.
336. NMG, inv.no. 140, brief van het NVV aan het HB over de weigering van het voorstel van de DG, 10 mei 1933.
- Afdeling Utrecht, inv.no. 15, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1933-1934, vergadering van 28 april 1933.
- 'Ziekenfondsverhoudingen', *Het Ziekenfonds* 3 (1935) 1-2.
337. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 39-44.
338. Stichting HiZ, Geschiedenis van de R.K. van Ziekenfondsen, 1932-1970, *Ziekenzorg* 1935.
339. 'Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen', *Het Ziekenfonds* 4 (1935) 3.
- NMP, inv.no. 317, Doss.nr. 253.1, brief van minister Slotemaker de Bruïne aan het bestuur van de NMP over de instelling van een CCZ, 8 april 1935.
340. 'Centrale commissie voor ziekenfondszaken', *Het Ziekenfonds* 5 (1935) 3.
341. Afdeling Utrecht, inv.no. 16, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1935-1936, vergadering van 31 mei 1935.
342. NMG, inv.no. 180, M 28, Maatschappijziekenfondsen, stichting, 1936. Verslag van de buitengewone ALV van 28 en 29 maart 1936 in Amsterdam.
343. Stichting HiZ, Geschiedenis van de Bond van R.K. Ziekenfondsen, 1932-1970, *Ziekenzorg* 1935-1936.
344. Stichting HiZ, idem, *Ziekenzorg*, 1937.
345. NMG, inv.no. 271, notulen en reglementen van de Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen, 1935-1938, overzicht werkzaamheden juli 1936 tot april 1938.
346. NMG, idem.
347. *Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. 1914-1989. Een uitgave ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan van de NMT* (Nieuwegein 1989) 100, 104-105.
348. Memorandum.
349. Memorandum.
350. NMG, inv.no. 271, overzicht werkzaamheden juli 1936 tot april 1938.
351. NMG inv.no. 140, A60, Algemene Raad voor het Ziekenfondswezen, 1930-1934, verslag van de vergadering van het DB van de NMG met vertegenwoordigers van de NMP, 14 april 1931.
352. NMP, inv.no. 431, Doss.nr. 361.2, verslag van de besprekingen tussen HC, SC en NMP te Amsterdam, 5 juni 1935.
353. NMP, inv.no. 431, idem.
354. 'De Nederlandse Mij. ter bev. der Geneeskunst en die der Pharmacie', *Het Ziekenfonds* 8-9 (1935) 4-5.
355. Afdeling Utrecht, inv.no. 17, notulen van de vergaderingen van de afdeling, 1937-1938, vergadering van 30 april 1937.
356. NMP, inv.no. 317, aanvulling van 31 maart 1941.
357. Memorandum.
358. Dit waren fondsen in Texel, Groningen en Nijmegen.
- 'Verslag van de 26ste Algemene Vergadering van de Centrale Bond van Ziekenfondsen, 17 juni 1939', *Het Ziekenfonds* 11 (1939) 7.
359. Memorandum.
- ³⁶⁰. 'Notulen van de Algemene Vergadering van de Landelijke Federatie van 21 juni 1935', *Het Ziekenfonds* 8-9 (1935) 1.
- ³⁶¹. *Ziekenzorg*, inv.no. 31, Register met notulen van de vergaderingen van het bestuur uit de periode van 27 mei 1932 tot en met 15 oktober 1936, vergadering van 11 november 1933.
- ³⁶². Stichting HiZ, Verhouding RKWV en de Bond RKZ, 1932-1941, correspondentie 1934.
- ³⁶³. 'Notulen van de Algemene Vergadering van de Landelijke Federatie van 21 juni 1935', 3.
- ³⁶⁴. Stichting HiZ, Verhouding RKWV en de Bond RKZ, 1932-1941. Correspondentie betreffende de ontwerp-Ziekteverzekeringwet, 1936, Adres van het NVV aan de Tweede Kamer, met memorie van toelichting, 24 november 1936.
- ³⁶⁵. 'Notulen van de Algemene Vergadering van de Landelijke Federatie van 21 juni 1935', 4.
- ³⁶⁶. Stichting HiZ, Verhouding RKWV en de Bond RKZ, 1932-1941. Correspondentie betreffende de ontwerp-Ziekteverzekeringwet, 1936, Adres van het NVV aan de Tweede Kamer, met memorie van toelichting, 24 november 1936.
- ³⁶⁷. NMG, inv.no. 271, kort verslag van de vergadering van 9 april 1936.

³⁶⁸. Stichting HiZ, Adres van het NVV aan de Tweede Kamer, met memorie van toelichting, 24 november 1936.

³⁶⁹. H.C. & E. W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 114.

³⁷⁰. Ziekenfondsraad, *Rapport betreffende de ontwikkeling van de Nederlandse Ziekenfondsverzekering* (Amsterdam 1959) 6.

³⁷¹. Stichting HiZ, Verhouding RKWV en de Bond RKZ, 1932-1941. Correspondentie betreffende de ontwerp-Ziekteverzekeringswet, 1936, adres aan de besturen van de plaatselijke R.K. Volksbonden en de plaatselijke Ziekenfondsen, 17 december 1936.

Idem, Adres aan de Tweede Kamer, 27 november 1936.

³⁷². H.C. & E. W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst*, 116.

³⁷³. E.W. van der Hoeven, *ANOZ van A tot Z. Vijftig jaar landelijk ziekenfonds en zijn eigenaardigheden* (Zeist 1996) 14.

³⁷⁴. E.W. van der Hoeven, idem, 16.

³⁷⁵. K.P. Companje, *Ziekenzorg*, 48.

376. D. Kortenhoeven, *100 jaar fysiotherapie. Ontwikkeling van het wettelijk en economisch kader van een paramedische beroepsgroep* (Arnhem 1989) 66.