Utrecht University Library
Partner in Science
Universiteit Utrecht

De ziekte-, ongevallen- en invaliditeitsverzekering in onze sociaal-geneeskundige wetgeving

https://hdl.handle.net/1874/283121

K. gen. 192, 1925

DE ZIEKTE- ONGEVALLEN- EN INVALIDITEITSVERZEKERING IN ONZE SOCIAAL-GENEESKUNDIGE WETGEVING

door

G. C. J. KRUISINGA



A. qu.
192

DE ZIEKTE-, ONGEVALLEN- EN INVALIDITEITSVERZEKERING IN ONZE SOCIAAL-GENEESKUNDIGE WETGEVING.

A. qu. 192, 1925

DE ZIEKTE-, ONGEVALLEN- EN INVALIDITEITSVERZEKERING IN ONZE SOCIAAL-GENEESKUNDIGE WETGEVING.

PROEFSCHRIFT TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE UTRECHT, OP GEZAG VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS Dr H. F. NIERSTRASZ, HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER WIS- EN NATUURKUNDE, VOLGENS HET BESLUIT VAN DEN SENAAT DER UNIVERSITEIT TE VERDEDIGEN TEGEN DE BEDENKINGEN VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE OP DINSDAG 7 APRIL 1925 DES NAMIDDAGS VIER UUR,

DOOR

GERHARD CORNELIS JAN KRUISINGA,

GEBOREN TE HARDERWIJK.



H. J. PARIS
AMSTERDAM — MCMXXV

Als oud-leerling der Leidsche Universiteit breng ik hierbij U allen, die toentertijde Hoogleeraren, Lectoren en Privaat-Docenten der Philosophische en Medische Faculteiten aldaar waren, mijn welgemeenden dank voor het onderwijs, dat ik van U mocht ontvangen.

In het bijzonder is het mij een behoefte U, Hooggeleerde Tendeloo, hier te noemen voor hetgeen U voor mij geweest is en nog is. Behalve in den plichtmatigen omgang leefde U steeds met groote bereidwilligheid mede, wanneer ik als student en ook daarna mij tot U wendde. Uw raad en steun zijn voor mijn wetenschappelijke ontwikkeling en voor mijn persoonlijk leven van veel beteekenis geweest.

Dan ben ik U, Professor Baart de la Faille, hooggeachte Promotor, ten zeerste erkentelijk, dat U het hier bedoelde onderwerp, als uiting van mijn belangstelling in de Sociale Geneeskunde, wel als proefschrift hebt willen aanvaarden. Ik dank U hartelijk voor den steun, daarbij van U ondervonden, waarbij geen moeite U te veel was.

Verder dank ik hierbij U, collega's en anderen, voor de inlichtingen, die ik van U mocht ontvangen.

INHOUD

Bldz.

INLEIDING 1

HOOFDSTUK I

ALGEMEENE BESCHOUWINGEN 3

HOOFDSTUK II

HET WETTELIJK INGESTELDE ZIEKENFONDS 38

TAAK, UITVOERING, BEDRIJF

HOOFDSTUK III

DE GENEESKUNDIGE CONTROLE 88

TAAK, INRICHTING, KOSTEN

HOOFDSTUK IV

HET BEROEP 119

HOOFDSTUK V

DE BESTAANSMOGELIJKHEID VAN HET VOORGESTELDE

DE UITVOERING DOOR DEN WETGEVER 123

INLEIDING.

Het is bekend, dat op sociaal-geneeskundig gebied een wettelijke ziekenverzorging en ziekteverzekering hier te lande nog tot de vrome wenschen behoort. Niet, dat de noodzakelijkheid ervan niet zou worden ingezien. Is de Ongevallenwet reeds ruim twintig jaar in werking, het heeft niet aan pogingen ontbroken ook een ziektewet daarnaast in te voeren. Van de daarop betrekking hebbende wetsontwerpen heeft slechts één het Staatsblad bereikt, is echter nooit uitgevoerd, waarna weer andere voorstellen het licht hebben gezien. Naast politieke overwegingen speelden niet het minst financieele bedenkingen een rol.

Dit kan ook niet anders, wanneer men uitgaat van de gedachte een ziektewet slechts toe te voegen aan hetgeen reeds op sociaal-geneeskundig gebied langzamerhand is vastgelegd en men bovendien de ziekenverzorging buiten de ziekteverzekering wil houden, in zooverre, dat, wat te zamen onafscheidelijk volledig dient geregeld te worden, slechts tot zekere hoogte in lossen samenhang wordt voorgesteld. Of de zeer kort geleden ingediende wetsontwerpen van de huidige Regeering, die voor een groot gedeelte aan deze bezwaren tegemoet komen, zullen kunnen voldoen?

Wanneer het werkelijk ernst is, de ziekenverzorging en ziekteverzekering definitief te regelen, dan zal een grondige omwerking van het bestaande en opname in een geheel nieuwe zoo uitgebreid en volledig mogelijke wetgeving moeten plaats hebben.

Ik zie slechts een afdoende oplossing van het sociaalgeneeskundige vraagstuk der ziekte-, ongevallen- en invaliditeitsverzekering, wanneer het beschouwd wordt uit een oogpunt van eenheid en onverbrekelijken samenhang, en in het volgende wil ik trachten de vraag te beantwoorden, of die eenheid praktisch mogelijk is in uitvoering, voornamelijk wat de medische zijde betreft.

Allereerst zal dan echter uiteengezet moeten worden, hoe de opzet van de wetgeving moet zijn, en hoe de lasten tusschen de betrokkenen moeten worden verdeeld. Voor de bewerking van een proefschrift liggen hier echter talrijke voetangels en klemmen, doordat al gauw een onderwerp wordt aangeroerd, dat er polemisch getint, niet in op den voorgrond dient te treden, n.l. de politiek. De „sociale" eischen, aan een dergelijke geneeskundige wetgeving te stellen, zullen al naar de politieke principes en godsdienstige overtuigingen verschillend zijn. Denken wij bijv. aan de opvattingen van hen, die alleen heil verwachten voor een goede geneeskundige verzorging van het geheele volk van hulp uitsluitend van Staatswege, en die de positie van den arts als een ambtenaarsschap in dien geest willen zien. Wordt weer van andere zijde verzekeringsdwang van overheidswege niet als strijdig met de godsdienstige levensopvattingen beschouwd en vrijstelling op die gronden geeischt? En tusschen deze uitersten liggen weer zoovele andere ideëele overtuigingen, praktisch-politieke en egoïstische verlangens, die het probleem vertroebelen en de uitvoering ervan in den weg staan. Bovendien hangen er talrijke juridische vraagpunten mede samen, welker beantwoording het bestek van dit onderwerp niet raakt. Dat de behoefte gevoeld wordt aan voorzieningen in deze richting bewijzen wel de wettelijke voorschriften der laatste jaren, doch niet minder, daarnaast de talrijke bemoeiingen, deels als aanvullingen, door het particuliere initiatief te voorschijn geroepen, die al jaren, zelfs tot eeuwen terug, zijn te vervolgen. Zoowel de onvolmaaktheden en onbillijkheden tengevolge van deze partieele overheidsbemoeiingen, als de gecompliceerdheid door al die talloos verschillende voorzieningen en aanvullingen, hebben van meerdere zijden het verlangen tot eenheid in deze naar voren gebracht.

Wij bevinden ons nu eenmaal in het teeken van organisatie en sociale actie en deze eischt de regeling door wettelijke voorschriften. Ter beantwoording der gestelde vraag wil ik dan allereerst een overzicht geven hoe ik mij die vooropgestelde eenheid denk, hoe deze naar mijn ondervinding en overtuiging praktisch het meest logisch voor de hand ligt.

HOOFDSTUK I

ALGEMEENE BESCHOUWINGEN.

De redeneering, waar ik van uit wil gaan, is de volgende: Er bestaat een groote categorie van personen, voor wie het zeer moeielijk, zoo niet onmogelijk is, in tijden van ziekte geneeskundige hulp te bekostigen, en die lijden onder de gevolgen daarvan, het derven van inkomsten, doordat ze hun werk niet kunnen verrichten. Er bestaat voor hen geen andere uitweg, dan zich door coöperatieve verzekering hierin te helpen. Bovendien zijn, zoo ze in dienst van anderen werken, deze moreel verplicht er gedeeltelijk aan mede te betalen. De betrokkenen beheeren zelf hunne verzekeringen, onder voorschrift en controle van de overheid.

Hierop behoort m. i. deze sociaal-geneeskundige wetgeving te berusten. Twee principes treden er direct in naar voren, het *verzekeringsstelsel* en het *zelfbeheer* ervan door de betrokkenen. Daar het een bij uitstek algemeen volksbelang geldt, dient de overheid het te regelen en toezicht erop te hebben, mede om het in goede banen te leiden.

De volgende vragen dringen zich nu aan ons op:

1. Wat behoort deze sociaal-geneeskundige wetgeving te regelen?
2. Wie moeten eronder vallen?
3. Hoe zal de wetgeving uitgevoerd moeten worden?
4. Hoe zullen de kosten verdeeld moeten worden?

1. Wat behoort deze sociaal-geneeskundige wetgeving te regelen?

a. Een goede geneeskundige verzorging.

b. Een uitkeering voor de geldelijke nadeelen.

Wat moeten deze beiden omvatten en hoe dienen zij ten opzichte van elkaar vastgesteld te worden?

De geneeskundige verzorging bepale zich niet tot enkele groepen van ongevallen of ziekten in engeren zin, doch omvatte alle ziektetoestanden, waarvoor behandeling noodig is. De hoofdzaak voor de betrokkenen is niet, door welke oorzaak ze niet in staat zijn hun werk te verrichten; voor hen geldt slechts of ze al of niet kunnen werken, of de verdienste ophoudt en of ze tevens zoo goed en zoo volledig mogelijk behandeld zullen kunnen worden. Beide regelingen behooren dan ook wettelijk onafscheidelijk en niet los van elkaar getroffen te worden. Wat bij de Ongevallenwetten reeds in dien geest bestaat, behoort zich uit te strekken over alle ziektetoestanden. Er zal dan moeten zijn één regeling voor de geneeskundige verzorging, en één voor de geldelijke uitkeering, tegelijk en te zamen opgesteld en uitgevoerd.

De geneeskundige verzorging zal dan moeten omvatten een zoo volledig mogelijke geneeskundige behandeling en nabehandeling.

De uitkeering zal moeten bepalen:

a. Die bij ziekten, ongevallen en invaliditeit, met event. tegemoetkoming in de begrafeniskosten en rente aan de achtergebleven betrekkingen.

b. Een afzonderlijke ouderdomsrente, zoo men wil pensioen, de ouderdom dan opgevat als invaliditeit op bepaalden leeftijd.

Dat de geneeskundige behandeling zoo volledig mogelijk zal moeten zijn, is wel vanzelfsprekend, en dus zal de nabehandeling er ook onder begrepen zijn. Er moet geen zorg behoeven te bestaan, dat de behandeling ontijdig wordt afgebroken, tot verdere schade voor de gezondheid. Wat de Ongevallenwetten nu reeds verstrekken, kan daarop alle aanspraak maken. Er zal echter bedacht moeten worden, dat, nu de ziekten ook onder de wetgeving vallen, deze niet „ins Blaue hinein" zal mogen worden toegestaan. Daarom zal het noodig zijn, haar bij algemeene maatregelen van bestuur nader te omschrijven.

Wat de uitkeering betreft, evenmin als de oorzaak van de ziekte of van het ongeval er iets toe zal doen, zoo zal ook voor de invaliditeit hetzelfde moeten gelden. Of men door een ongeval of door een ziekte invalide is, men mist de geschiktheid zijn werk te verrichten en ontvangt daarnaar zoo billijk mogelijke uitkeering. Dus „unificatie" der

uitkeering hierbij, gelijk aan de bestaande na ongevallen.

Een uitgebreide *medische controle*-dienst zal noodzakelijk aanwezig moeten zijn. Eensdeels zal deze de te verstrekken geneeskundige hulp te controleeren hebben, anderdeels het recht op en de mate van uitkeering adviseeren, terwijl hem hiernaast andere functies zullen worden opgedragen.

2. Wie moeten onder deze wetgeving vallen?

Allen, zonder onderscheid, die een nader te bepalen welstandsgrens niet overschrijden en, wat de geneeskundige verzorging betreft, ook hunne gezinnen. De deelname is *verplichtend.*

Uitgaande van de vooropstelling, dat de hoegrootheid der inkomsten juist de zorgen veroorzaakt, waaraan de wettelijke regeling wil tegemoetkomen, is het onbillijk, deze slechts voor bepaalde groepen van personen te doen gelden, voor de in loondienst verkeerenden (vast en los), met uitsluiting van anderen als kleine luiden, ambtenaren, gepensionneerden, wien de gevolgen van ziekten in niet mindere mate drukken, zij het dan voor sommige categorieën slechts gedeeltelijk, d. i. voor een van beiden geldend. Wat een moeilijkheden en nuttelooze tijdverspilling geeft het dikwijls niet om uit te maken, of iemand nu werkelijk „in loondienst" is of niet (Overheidspersoneel met en zonder publiek gezag bekleed). Onlangs is bijv. nog gewezen op de willekeur in de bestaande wetgeving door het opnemen van de verzekeringsplichtige bedrijven en in de praktische opvatting daaromtrent, wat betreft de Zeeongevallenwet (P. Nijgh in de N. R. C. van 18-9-'24).

Wordt de verzekering werkelijk als een algemeen volksbelang ingezien, en dat is ze toch inderdaad, dan moeten alle scheidingen vervallen, dan mag ook niemand uitgeschakeld worden, die in de termen valt. Dan is er slechts één grens, die van den welstand, welke ook wel eens tot grieven zal aanleiding geven, doch in haar algemeenheid meer het rechtsgevoel zal bevredigen dan de scheiding in groepen van onder dezelfde omstandigheden levende personen en gezinnen. Dit brengt noodzakelijk de „verplichte" deelname mede.

Mag de overheid nu zoo'n uitgebreide verplichting

opleggen, m. a. w. is hier een rechtsgrond voor aanwezig? Dit zou op zichzelf al een uitgebreid juridisch betoog kunnen worden, dat buiten het kader van dit werk zou vallen niet alleen, doch ook niet tot mijn competentie behoort. Laat ik slechts wijzen op de brochure van Prof. Treub [1]), waarin die rechtsgrond verdedigd wordt.

Uit een oogpunt van algemeen maatschappelijk belang zien wij echter wel voor minder hooge doeleinden dwang aan iedereen opgelegd. Op sociaal-geneeskundig gebied bestaan bovendien reeds talrijke verplichtingen, en het particuliere initiatief vult het ontbrekende al zoo op verschillende wijzen aan, dat eenheid van overheidswege die algemeene verplichting niet in den weg behoeft te staan. Veronderstel, dat de hierboven voorgestelde verplichting voor iedereen, te uitgebreid werd geacht en slechts vrijwillige deelname werd gevorderd of een gedeeltelijk verplichte en vrijwillige. Er zouden dan steeds personen overblijven, die het er maar op aan lieten komen, hoe de slechte tijden voor hen zouden uitvallen. Komen deze met al de gevolgen van dien, welnu de gemeenschap zal hen op de een of andere wijze toch wel helpen. Hoe zien wij tegenwoordig niet een stormloop op het gemeentelijk armbestuur, wanneer ook maar de geringste derving van inkomsten ontstaat of zelfs wordt tegemoet gezien. De gemeentebegrootingen leveren geen geringe zorgen op ten opzichte van deze posten. Deze armbesturen hebben dan ook soms al het verplichte lidmaatschap van een ziekenfonds ingevoerd en houden het bedrag daarvoor eenvoudig van de ondersteuning af. Het ontbreken van eenige verplichting doet zich op het oogenblik bijv. ook gevoelen in het werkloozen-vraagstuk. De vakorganisaties, die daarin uit eigen beweging voorzien hebben, komen ertegen op, dat uit de openbare kas middelen worden verstrekt aan hen, die niet uit eigen beweging gezorgd hebben voor de kwade tijden, wanneer zij zonder werk zouden komen te zitten. Zeer terecht, doch de conclusie zij dan ook, verplichte aansluiting bij werkloozenkassen, die allen omvatten.

Dit laten aankomen op de gemeenschap is niet alleen onbillijk tegenover hen, die zich opofferingen getroosten uit een zeker eergevoel om voor zichzelf te zorgen, en dan

[1] Prof. Mr. M. F. W. Treub. Over Sociale Verzekering.

tenslotte door hun belatingspenningen die anderen ook nog moeten helpen, doch ook sluit deze gemeenschapszorg een rechtsgrond in voor de verplichte deelname. De overheid mag dit ontduiken ten koste van anderen niet dulden. Voor hen, die het werkelijk niet kunnen missen, wordt nu reeds gezorgd, en het zal geen bezwaar zijn, ten behoeve van hen deel te nemen aan de algemeene verzekering, in de meeste gevallen economischer.

Zij, die door verstandige financieele levenswijze voor de kwade tijden zelf willen zorgen, zullen een goed ingericht verzekeringswezen toch toejuichen, en wanneer het principe van zelfbeheer hieraan wordt toegevoegd, met eigen deelname in de kosten, gaat veel, van wat als stuitend gevoeld mag worden, verloren. Trouwens, het verzekeringswezen is op allerlei denkbaar terrein reeds zoo doorgedrongen in het maatschappelijk leven, dat de voordeelen voor een ieder wel duidelijk zijn. Van het platteland zijn bezwaren gekomen tegen de verplichting op dit gebied; dit is alleen begrijpelijk voor hen, wien huis en have meer waard is dan de gezondheid van menschen. Hiertegenover zijn wel voorbeelden aan te voeren, dat de wetgeving met alleen vrijwillige deelname desnoods zou kunnen volstaan.

De wetgeving houde dus in: verplicht vastgekoppelde geneeskundige verzorging en geldelijke uitkeering. Men zal dus geen recht op uitkeering kunnen doen gelden, indien geen geneeskundige behandeling is ingesteld. Beide verplichtingen zullen noodzakelijk moeten samengaan. Onder het hoofdstuk der geneeskundige controle zal dit nader uitgewerkt worden.

Onder de verplichte verzekering zal tevens, wat betreft de geneeskundige verzorging, het *gezin* der verzekerden moeten vallen, of indien zij kostwinner zijn, de leden van het huishouden, zoowel om praktische redenen als uit een gezondheidsbelang. De vraag, hoe bij ziekte voor vrouw en kinderen zal gezorgd moeten worden, zal de verzekerden niet mogen drukken, en te weten, dat hierin zoo goed mogelijk voorzien wordt, zal hun wederkeerig ten goede komen, niet alleen psychisch, doch ook uit een hygienisch oogpunt. Zij zullen er uit zichzelf al gauw toe overgaan, voor het gezin ook het verzekeringsstelsel te baat te nemen. Hoe onpraktisch zou het zijn, indien hier scheiding gemaakt werd. De premie

zal noodwendig duurder worden, wanneer het gezin gesplitst verzekerd is. Splitsing van verzekeringsbedrijf, dus ondoelmatige werkverdeeling, zal er het gevolg van zijn; grooter ongerief voor de betrokkenen, temeer, wanneer verschillende geneeskundigen ook nog in huis kunnen komen. Dit alles zou allerverwarrendst werken, en de eenheid, die de overheid aan den eenen kant wil nastreven, zou juist praktisch een tegenovergestelde werking hebben. Hier is slechts één weg mogelijk, wettelijk geregelde verzekering voor geneeskundige hulp voor allen met hunne gezinnen. Deze laatsten zullen juist daardoor de zegeningen van dit stelsel op de beste wijze mede deelachtig worden. Bovendien zal deze richting in de sociaal-geneeskundige wetgeving er in alle opzichten toe meewerken, ook werkelijk sociaal te zijn, uit een oogpunt van algemeene volksgezondheid.

Voor hen, voor wie een geldelijke uitkeering niet noodig is, doordat deze bij ziekte gedurende eenigen tijd gegarandeerd blijft, wordt een verplichte deelname toch niet uitgesloten. De uitkeering zal dan ten goede komen aan den werkgever, die daarmede te maken onkosten kan bestrijden, voortvloeiende uit het aanstellen van tijdelijke werkkrachten (bijv. hulp in het huishouden bij ziekte van personeel; bij afwezigheid van onderwijzers, enz.). Dit geschiedt reeds nu ook voor de Ongevallenverzekering van overheidspersoneel.

Gepensionneerden, de gezinnen, en de maatschappelijk niets presteerenden zullen alleen onder de geneeskundige verzorging vallen.

3. Uitvoering der wetgeving.

In de korte uiteenzetting is erop gewezen, dat in de wetgeving twee principes naar voren moeten treden, het *verzekeringsstelsel* en het *zelfbeheer*. Beiden zullen dus nader beschouwd moeten worden. De uitvoering zal nu in dezen geest dienen te geschieden, dat de geneeskundige hulp verstrekt wordt door *ziekenfondsen*, de geldelijke uitkeering door *ziekenkassen*, die beiden door de verzekerden zelf beheerd worden. Beiden, omdat ze onafscheidelijk bij elkaar behooren, uitgevoerd in één hand, onder één bestuur, in één administratie, hoewel financieel elk zijn eigen balans. Dit laatste zal noodzakelijk zijn, niet alleen om de

beide bedrijven als geheel als zoodanig te kunnen beoordeelen, doch ook daarom, omdat voor de gezinnen en de gepensionneerden alleen één der verzekeringen, de geneeskundige, in aanmerking komt.

Dus: Ziekenfonds en ziekenkas, als verzekeringsorganen, om te komen tot het doel, zoo goed mogelijke geneeskundige verzorging en zoo volledig mogelijke inkomsten gedurende dien tijd. Het ziekenfonds zal dus voor de geneeskundige hulp de rol van verzekeringsinstituut vervullen; dit geheel in overeenstemming met de opvatting, die wel heden ten dage algemeen hieromtrent bestaat. Zij, die in het fonds nog een zekere philantropische instelling zien, zullen er wel niet veel meer zijn.

Wat de uitvoering over het geheele land betreft, deze zal, in het kort gezegd, gebiedsgewijze autonoom, dus gedecentraliseerd zelfstandig moeten zijn, onder toezicht van de overheid. Centralisatie of beperkte decentralisatie is niet alleen met zelfbestuur in strijd, doch werkt omslachtiger, dus oneconomischer, tot mindere billijkheid en minder gerief voor de betrokkenen. Deze decentralisatie staat geenszins het recht der leden in den weg, door verblijf in of verhuizing naar een ander gebied of district, dezelfde rechten en verplichtingen te behouden. Tegen misbruiken en ontduikingen zal hier niet meer gewaakt behoeven te worden, dan bij elke andere regeling wel steeds het geval zal zijn.

Een zoo groote taak, de zoo volledig mogelijke geneeskundige behandeling en nabehandeling kan wel niet anders dan het meest economisch geschieden door groote fondsen met een talrijk ledental, de gezonden het risico der zieken dragend, ieder wetend, dat, mocht hem iets overkomen, de krachtige organisatie klaar staat hem te helpen. Ook voor de ziekenkassen zal gelden, dat groote instituten noodzakelijk zijn vooral met het oog op de taak, die haar in de geldelijke uitkeering zal moeten ten deel vallen.

Tegen de kleine organisaties is reeds gewaarschuwd in de eerste jaren, toen de ziekenverzorgings- en ziekteverzekeringswetten aan de orde kwamen, met verwijzing naar de ondervinding in Duitschland opgedaan. De grootste fout in de Duitsche regeling is, zooals Treub schrijft, naar ieder erkent, ook van die zijde zelf, het gebrek aan eenheid en

eenvormigheid (t. a. p. blz. 78) en om dit juist te voorkomen, zal men, ook al financieel, de groote kassen en fondsen niet kunnen missen. Hoe zien wij hier te lande op het oogenblik in een en dezelfde kleine gemeente, door het optreden naast elkaar van deze instituten met gelijke taak, verspilling van „tijd, geld en krachten" optreden, om van minder verkwikkelijke verhoudingen niet te reppen.

Wat de grootte der gebieden betreft, deze zullen, behalve in enkele zeer groote steden, in den regel stad en platteland tegelijk omvatten, waarbij de verschillende groote plaatsen als centra gedacht kunnen worden. Zij zullen niet allen even groot behoeven te zijn, en in de eersten zal voor meer dan één gebied plaats kunnen zijn. Met bestaande toestanden van fonds- en kaswezen zal in de organisatie rekening gehouden dienen te worden.

Over de te verstrekken geneeskundige behandeling is reeds even gesproken; deze zal in het volgend hoofdstuk nader uitgewerkt worden.

Door de wettelijk ingestelde ziekenkassen zullen de geldelijke uitkeeringen geschieden, waarvoor de verzekerden ingeschreven zijn. Zoo het noodig is, dat er eenheid komt, dan is het wel hier. De ondervinding in mijn werkkring opgedaan, zal bij oppervlakkige beschouwing wel een ieder direct overtuigen.

Welke taak zullen dan de ziekenkassen te vervullen krijgen? Om te beginnen zal de tweede eisch der uitkeering, de ouderdomsverzekering, er voorloopig buiten gelaten kunnen worden, om er later in te worden opgenomen. In het verschiet zie ik ook de werkloosheidsverzekering administratief om der eenvoudswille vastgekoppeld aan de ziekenkas. Hier is tevens controle tegen werkschuwheid, zich uitend in ziek zijn, terwijl de verplichte verzekering de kwestie der ongeorganiseerde arbeiders oplost.

De eerstgenoemde eisch (blz. 4. a) zal direct geregeld dienen te worden. Brocx wees hierop reeds in 1906 [1]: „Ongevallen-, ziekte- en invaliditeitsverzekering vormen een drieeenheid, welke op den duur niet gescheiden kan blijven" (t.a.p, blz. 8) en vestigt later [2] op dit juiste standpunt nog weer eens de aandacht.

[1] De ziekteverzekering en de Nederlandsche Geneeskundigen, door D. Brocx, controleerend-geneeskundige der Rijksverzekeringsbank. 1906.

[2] Arbeidersverzekering door D. Brocx. Sociale Voorzorg. Januari 1919.

Hoever men deze uitkeeringen wil uitstrekken, naar welken maatstaf ze afzonderlijk ingericht zullen moeten zijn, ligt niet in de bewerking van dit geschrift opgesloten. Hier worden slechts de eischen opgegeven; aan de deskundigen in deze takken van verzekering blijve de uitwerking ervan in onderdeelen overgelaten. De wetgever schrijve een algemeen billijke regeling in groote lijnen voor en late aan het zelfbestuur hierbinnen de uitvoering over. Een enkele opmerking moge echter op zijn plaats zijn.

Men bepale en berekene de premie slechts naar één maatstaf, dien van het inkomen, dus van de loonderving. Geen groepsselectie of gevarenklasse; men is verzekerd voor een bepaalde uitkeering, afhankelijk van de verdienste en hiernaar wordt uitgekeerd. Dan is ook fraude het gemakkelijkst te voorkomen. Dikwijls is in het loon al een zeker risico voor den aard van het werk begrepen, en komt de verdienste niet overeen met de bekwaamheid die gevergd wordt. Bovendien, bijzondere gevaren aan het eene bedrijf verbonden, wegen weer op tegen bepaalde ziekten in een ander. Maar het is ook wel gebleken, dat niet het gevaar, aan het bedrijf als zoodanig verbonden, alleen de grootste kans op ongevallen geeft; deze ligt meer in den persoon van hem, die erin werkzaam is. Dit brengt in de indeeling in gevarenklassen een tweeden factor, die de premiebepaling in dit opzicht ten zeerste bemoeilijkt, zoo niet onmogelijk maakt (Rangschikking in beroeps- en bedrijfsgevarenklassen, en persoonlijke gevarenklassen). Bovendien, de betrouwbaarheid der aanwezige gegevens omtrent het bedrijfsrisico laat veel te wenschen over. Voor groote instituten zal het bezwaar tegen het vervallen van het risico ook niet zoozeer gelden.

Men houde bij de bepaling van het procent der uitkeering er rekening mede, dat een psychische prikkel aanwezig blijft tegen al te groote werkschuwheid. Voor eigen opzet en de gevolgen van wangedrag wordt niet uitgekeerd. Zwangerschap en bevalling gelden zonder uitzondering en wel als ziekte. Voor de z.g. maatschappelijk ongeschikten zullen afzonderlijke bepalingen moeten komen.

Meent men, dat voor ongeregelde toestanden en levenswijzen der betrokken verzekerden deze wetgeving administratieve moeilijkheden zal opleveren, deze zullen wel

te ondervangen zijn. Gegevens voor het verzekeringstechnische gedeelte zijn er langzamerhand genoeg verkregen om dit vraagstuk praktisch op te lossen. Ik wil in deze richting wijzen op de Memorie van Toelichting tot het wetsontwerp Treub, dat, hoewel in sommige opzichten afwijkend van het door mij voorgestelde, vele overeenkomsten met mijn gedachtengang vertoont, en volgens welke o. a. de premieheffingen van verschillende categorieën van personen zeer goed ondervangen kunnen worden. Ook wordt erin gewezen op de voordeelen van eigen beheer en op de administratieve vereenvoudiging.[1]

De algemeene opzet der wetgeving, dat de verzekering slechts afhankelijk zij van de mate van het inkomen en niet van het al of niet in loondienst zijn of van andere bepalingen, zal mede vereenvoudigend kunnen werken.

De eenheid in de administratie stel ik mij dan op zoodanige wijze voor, dat ieder verzekerde voor geldelijke uitkeering één kaart heeft, waarop voorkomen eventueel alle tot het gezin behoorenden, waarop de premies voor fonds en kas en, als het noodig is, de uitkeeringen kunnen ingevuld worden, uniform voor alle instituten ingericht. Ieder jaar zullen de wetenschappelijke balansen opgemaakt en aan een nauwkeurige bespreking onderworpen worden, wat vooral het eerste jaar noodig zal zijn om de uitkomst van het nieuwe bedrijf te kunnen beoordeelen, vervolgens om herzieningen nader te overwegen. Gedurende ziekte en uitkeering gaan de stortingen der premies door.

Het oppertoezicht van den staat zal omvatten een tweetal Inspecties, waarvan elk één der groote takken, het ziekenfondswezen en het ziekenkaswezen, onder zich zal hebben. Daarnaast zal dan één overheidsdienst der medische controle komen met eveneens een inspecteur aan

[1] Zoo vinden wij in § 3 van deze Memorie: „Indeeling van het Rijk volgens het Organisatie-ontwerp" aan de kringbesturen opgedragen (blz. 18 t. a. p.) de administratie van elken tak der sociale verzekering, zijnde:
a) die voor de verzekering van ziekengeld,
b) die voor de geneeskundige behandeling,
c) die voor de invaliditeitsverzekering, waarbij
d) later nog zullen komen de ongevalsverzekering, waardoor gedacht wordt aan een herziening der Ongevallenwet in dezen geest, en een daarmede veranderde werkwijze der Rijksverzekeringsbank, welker bemoeiingen rechtstreeks met de verzekerden zal verdwijnen en overgaan op de kringbesturen.

het hoofd. De inspecteurs van het ziekenfondswezen zullen sociaal-geneeskundigen moeten zijn.

Nog iets over het *beheer*.

De praktijk van het leven wijst wel met allerlei voorbeelden uit, dat iets veel beter gaat, wanneer de betrokkenen het zelf behartigen, al of niet met financieelen steun, dan wanneer de uitvoering hunner belangen aan anderen, en speciaal aan den Staat, wordt overgelaten. Dit worde ook hier in toepassing gebracht. Het eigenbelang zal de beste waarborg geven voor een goede behartiging. Het zijn hunne eigen belangen, waar de verzekerden zelf aan bijdragen, en waar ze zelf voor moeten waken. Ze zullen wel zorgen, dat de uitvoering zoo economisch mogelijk wordt; de controle op de door hen aangestelde ambtenaren, op het geheel en op elkaar, zal meewerken, dat alles zoo goed mogelijk loopt en de geneeskundige controle zal daar niet in de laatste plaats de voordeelen van ondervinden. Ook is gebleken, dat bij zelfbeheer wanbetaling veel minder is.

De werknemers zijn zelf oorspronkelijk ook begonnen met deze onderlinge coöperatie, zij het dan op bescheiden schaal, en talrijk zijn de voorbeelden daarvan in de hedendaagsche samenleving op allerlei gebied te vinden. Nu hun financieel steun verleend wordt, behoeft het karakter van deze self-help nog niet te verdwijnen; de overheid leide het slechts in volledíger banen. De werkgevers zullen het gaarne aan hen overlaten, wetende dat de overheid er toezicht op zal hebben en de sociale rompslomp voor hen grootendeels zal vervallen.

Het bestuur van fonds en kas te zamen zal dan moeten bestaan uit verzekerden, door hen zelf gekozen, die hun functies belangeloos verrichten en slechts noodzakelijke onkosten vergoed krijgen, bijgestaan door eenige bezoldigde ambtenaren voor den dagelijkschen gang van zaken, waaronder een directeur als hoofd. De moeilijkheid, dat voor deze functie geen genoegzaam aantal geschikte personen zou te vinden zijn, kan ik niet deelen. Mannen met ervaring op dit verzekeringsgebied zijn er wel aanwezig. Toen de Raden van Arbeid werden opgericht, hebben de benoemde voorzitters zich ook eerst in de veelomvattende nieuwe werkkring moeten inwerken.

4. De verdeeling der kosten.

De uitvoering der genoemde eischen, waaraan de sociaal-geneeskundige wetgeving moet voldoen, zal geld kosten. Ik wees reeds even op de deelneming in de kosten. Er zullen drie groepen van belanghebbenden zijn, de verzekerden zelf, de werkgevers en de Staat.

Dat de verzekerden zelf bijdragen, is niet alleen om redenen van billijkheid en rechtvaardigheid, doch ook uit een oogpunt van verantwoordelijkheidsgevoel noodzakelijk; bovendien eischen de werknemers zelf ook meebetaling. Het is niet in strijd met het eeuwenoude karakter van het fonds- en kaswezen, als uiting van de gedachte, dat men zichzelf verzekeren moest tegen de kwade tijden, en komt bijv. nog tot uiting in de verzekering der moderne vakorganisaties tegen de werkeloosheid.

Het humaniteitsgevoel der werkgevers, die hun arbeiders hierin hielpen, zal ondanks den scherpen klassenstrijd nog wel niet geheel verdwenen zijn, al is die hulp in de bestaande wetten als verplichting opgelegd. Over de juridische kant van die verplichting worde hier niet uitgeweid.

Dat de overheid, die wetten maakt, de kosten van leiding, toezicht en controle draagt, is vanzelfsprekend. Zal zij aan de beide verzekeringen, behalve als werkgeefster, ook moeten bijdragen? In hetlaatste hoofdstuk zal dit punt nader onder de oogen worden gezien.

De hoofdzaak zij, dat de verzekerden zelf bijdragen aan alle verzekeringen, wat naar verhouding nader geregeld kan worden; dus niet de werkgevers bijv. de eene premie te hunnen laste krijgen en de verzekerden de andere. In het stelsel van zelfbeheer komt dan meer de verantwoordelijkheid uit, dat men beheert, waar men zelf aan betaald heeft. Men werkt dan als het ware op het egoisme van de menschen.

De overheid draagt de kosten van leiding en toezicht (de inspecties), waartoe men ook de geheele geneeskundige controle heeft te rekenen, en de kosten der rechtspraak, die uit de wetgeving zal voortkomen en in haar naam geschiedt.

Bovendien is het ook billijk, dat de overheid de prophylaxis en de geneeskundige behandeling bekostigt, wanneer zij uit een algemeen maatschappelijk oogpunt voorzieningen treft, bindende voorschriften geeft en dwin-

gende verplichtingen oplegt aan allen zonder onderscheid. Dit zal dan gelden voor het verplichte verblijf in rijksdienst (militie) of onder rijkstoezicht (justitie), bij de wettelijke dwang tot voorkoming van ziekte (vaccinatie), bij de wettelijk verplicht gestelde isolatie bij bepaalde besmettelijke ziekten of de verdachte er van, voor de verzorging ingevolge de armenwet.

Er zal een eenvoudigheid in de wetgeving optreden, wanneer direct door de werkgevers de gezamenlijke premies zullen worden voldaan aan één orgaan, voor het gedeelte der verzekerden, door afhouden van het loon of salaris, voor zoover deze daarin moeten bijdragen. Toezicht op een en ander door de verzekerden, tengevolge van het stelsel van eigen beheer, zal ontduikingen of fraude kunnen achterhalen.

Wat betreft de zorg van de overheid voor de *geneeskundige controle* en het maken van deze tot een staatsdienst een enkele opmerking. Ik kan mij voorstellen, dat door voorbeelden uit het dagelijksch leven een andere meening zal worden verdedigd en men ook hierin „eigen beheer" zal willen doorvoeren. Wanneer bijv. gemeenten, fondsen en kassen, particulieren e. a. een controleerend-geneeskundige aanstellen, betalen zij dien zelf. De onkosten, die voor hen hieruit voortvloeien, wegen ruimschoots op tegen de bereikte voordeelen. Dit is dan ook de voornaamste reden, dat tot de aanstelling wordt overgegaan. Overgebracht op het stelsel der sociaal-geneeskundige verzekering, waarbij deze controle zoowel ten voordeele der medische verzorging als der geldelijke uitkeering werkt, zou men er toe kunnen komen, de uitgaven hiervoor ten laste dezer beiden te bepalen. Ook zal kunnen worden aangevoerd, dat de geneeskundige controle beter zal geschieden, wanneer de controleerende medici worden aangesteld door en financieel in dienst staan van het gedecentraliseerde lichaam, waarmede zij zich meer één zullen gevoelen en welks belangen zij daardoor beter zullen behartigen, dan wanneer zij als rijksambtenaren er tegenover staan, blootgesteld bijv. aan overplaatsing en meerder ongerief voor fonds en kas.

Ik kan mij echter niet voorstellen, dat de controleerende artsen, deel uitmakend van een Rijksorganisatie, toch niet

een zekeren band zullen voelen met het gedecentraliseerde autonome lichaam, waaraan zij als adviseerende ambtenaren zullen verbonden zijn. De groote organisatie heeft dit voordeel, dat wanneer zij blijken beter geschikt te zijn voor een bepaalden controle-arbeid bijv. meer voor het platteland dan voor het groote stadswerk, plaatsing in den voor hen meest geschikten werkkring, door verwisseling in een groot verband, kas en fonds ten goede zal komen. De belangen van deze beiden zullen echter evengoed in het oog gehouden moeten worden als persoonlijke verlangens der controleerende ambtenaren. Invloed bij de toewijzing zal niet geheel uitgeschakeld behoeven te worden. Menschen uit de praktijk hebben soms een beteren kijk dan ambtenaren.

De controle-arbeid zal zich ook dikwijls buiten het min of meer beperkte gebied moeten uitstrekken; denken wij aan de tijdelijke afwezigheid van de te controleeren personen, die ergens anders ziek worden of in een inrichting worden opgenomen. Een uniforme regeling van de tijdelijk over te nemen controle, ingevoerd door één centrale leiding, zal zijn voordeelen hebben. De controleerend-geneeskundigen zullen verder dikwijls specialistische adviezen behoeven. Blijkt het wenschelijk dat hier, hetzij voor het geheele land, hetzij voor gedeelten ervan, specialist-controleerend-geneeskundigen in algemeenen dienst worden aangesteld, dan zal dit ook weer door één organisatie het beste kunnen geschieden.

De voornaamste reden, dat dit medisch gedeelte overheidszorg wordt, is m. i. echter, dat het dikwijls in nauw contact komt, samen moet werken met de verschillende geneeskundige Rijksdiensten en daarom in hun verband dient te worden opgenomen. Ook voor de bewerking van het materiaal zal één groote dienst de voorkeur verdienen, waarbij de leider weer samenhang met andere medische overheidsdiensten onderhoudt.

Daarbij komt het mij ook billijk voor, dat de kosten van deze controle afgescheiden worden van die voor de geneeskundige verzorging en geldelijke uitkeering, welke er niet financieel door mogen worden verzwaard. Wil men dit toch doen. dan zal een subsidie van Rijkswege er het gevolg van moeten zijn, wat toch weer op hetzelfde neerkomt. Laat de overheid deze controle, die desnoods ook als

haar toezicht beschouwd kan worden, geheel voor haar rekening nemen.

Samenvatting.

In het vorenstaande ben ik mij wel bewust af te wijken van veel, wat op sociaal-geneeskundig gebied verlangd wordt en ten deele ook reeds is ingevoerd, maar daarnaast valt ook instemming te bemerken, zoowel in wat schriftelijk is vastgelegd als mij mondeling gebleken is, al is het dan niet in alle onderdeelen steeds geheel gelijk aan het door mij voorgestelde. Als controleerend-geneeskundige, dagelijks te maken met dit onderdeel der sociale geneeskunde, treffen wij telkens weer de leemten, voortkomend uit een onvolledige wetgeving en de samengesteldheid en ingewikkeldheid der verschillende pogingen, zoowel van overheid als van particulieren om te bereiken, wat mogelijk is, terwijl alles m. i. toch zooveel eenvoudiger en beter kan. Allereerst, en dit moet voorop staan, men brenge *eenheid* in deze wetgeving, eenheid in de geneeskundige verzorging, eenheid in de geldelijke uitkeering, in onverbrekelijken samenhang.

Vragen wij ons af, of in het voorgaande een nationale geschiedkundige lijn te volgen is, dan behoef ik wat het verzekeringswezen betreft, slechts te wijzen op het proefschrift van Mej. Dr. E. M. A. Timmer [1]. Ook Mr. W. H. A. Elink Schuurman [2] wees op het nationale karakter, dat door de onderlinge verzekering in de wetgeving tot uiting dient te komen.

Dergelijke, sinds eeuwen in het volk levende ideeën van onderlingen steun door daarvan afwijkende wetgevingen op zijde te willen schuiven, brengt noodwendig schade toe aan de uitvoering der wetgeving. De geschiedenis leert, dat de fondsen en bussen, door de groote revolutie in 1789 afgeschaft, daarna toch weer op nieuw ontstonden. Zij hebben heden ten dage nog een zeer groot arbeidsveld. Eenige jaren geleden is ter behartiging hunner belangen hier meerdere organisatie in gekomen. Nadat aller eerst in Drente een vereeniging van plaatselijke bonden had plaats gehad, kwam daarna de op-

[1] Knechtsgilden en knechtsbossen in Nederland. Arbeidersverzekering in vroeger tijden. Diss. Amsterdam 1913.
[2] Ziekteverzekering en werkliedenziekenfondsen in Nederland. 1917.

richting van het „Nederlandsch Verbond van Ziekenfondsen en -kassen" met zijn orgaan „Zelfbeheer" door het samenvoegen van provinciale bonden tot stand. Omvat dit bijna uitsluitend ziekenkassen, dus coöperatieve uitkeeringsvereenigingen, daarnaast spelen een niet geringe rol de eigenlijke ziekenfondsen, die de geneeskundige verzorging hunner leden tot taak stellen, hoewel hierin echter lang niet steeds het zelfbeheer op den voorgrond staat, het verzekeringsprincipe wel tot uiting komt.

Van verschillende zijden is deze self-help in de wetgeving verdedigd. Mr. Quarles van Ufford breekt er een lans voor in zijn dissertatie [1] en vindt de Ministers Veegens, Treub e. a. aan zijn zijde.

Nu weet ik heel goed, dat aan die aanprijzing langzamerhand meer politieke oogmerken of andere belangen niet vreemd zijn geworden, dit doet echter niets af aan de oorspronkelijke gedachte, die eraan ten grondslag ligt, en de ondervinding, die er mede is opgedaan, is van niet te onderschatten waarde voor de uitvoering der wetgeving. Is er dus reden genoeg het zelfbeheer als iets nationaals in de wetgeving op te nemen, men zal mij tegenvoeren, dat de combinatie fonds-kas dit specifieke mist. Mr. Quarles van Ufford schrijft hierover (t. a. p. blz. 113): „Eindelijk moet nog gewezen worden op een eigenaardigheid, waarin de onderlinge ziekteverzekering hier te lande afwijkt van hetgeen het buitenland op dit punt veelal te zien geeft. Vrijwel overal elders vindt men de uitkeering van ziekengeld en de verstrekking van geneeskundige hulp en geneesmiddelen als een tamelijk vanzelf sprekende combinatie, waarop de belanghebbende in geval van ziekte recht heeft. In Nederland dienen wij evenwel onderscheid te maken tusschen ziekenkassen en ziekenfondsen, al naarmate een zoodanige verzekering zich toelegt op eerst- of laatstgenoemde uitkeering, en dit veelal met uitsluiting van de andere. Een sterke differentieering aldus."

Voor de fout, die in het ziekenfondswezen, dat zich zoowel met geneeskundige verzorging als met uitkeering bezig hield, langzamerhand optrad, n.l. dat de eerste op den achtergrond geraakte en dus de geneeskundige ver-

[1] Jhr. Mr. C. G. C. Quarles van Ufford. De plaats der Arbeiderskassen in de Ziekteverzekering. Diss. Utrecht 1918.

zorging en de honoraria der geneeskundigen in de knel kwamen, behoeft bij behoorlijke wettelijke regeling geen vrees te zijn. Waarom zou, wat voor andere landen als een „tamelijk vanzelf sprekende combinatie" geldt, voor Nederland niet kunnen bestaan?

In de wetsontwerpen Kuyper, Veegens [1] en Treub was dit ook vastgelegd. In de Memorie van Toelichting op dit laatste wetsontwerp lezen wij daarover: „Het uitschakelen der geneeskundige behandeling uit de ziektewet is trouwens alleen te verklaren uit het van het vrijwel algemeen gevoelen afwijkende standpunt, dat te dezen aanzien door het vorig kabinet werd ingenomen." Dit heeft betrekking op de ziektewet Talma. Hoewel deze zich uitvoerig had laten inlichten over de werking van het vrijwillige verzekeringswezen in Engeland en de plaats, die dit in de sociale verzekering daar te lande zou innemen [2], stelde hij ongelukkigerwijze zijn hiervan afwijkende Ziekte- en Radenwetten voor.

Of deed de oppositie tegen het samenkoppelen van ziekenverzorging en ziekteverzekering van medische zijde onder aanvoering van A. C. van Bruggen [3] gevoerd, zijn invloed nog gelden? Dr. H. J. W. Drooglever Fortuyn [4] grondde daarbij zijn bezwaren op de vermeerdering van werk, die door het afgeven van allerlei verklaringen van de behandelende geneeskundigen zou worden vereischt. Brocx weerlegde hem [5]. Deze, wijzende op behoorlijke wettelijke voorschriften en toezicht, en op het groote belang, dat de verschillende verzekeringsorganen zullen hebben in een zoo goed mogelijke geneeskundige behandeling, spreekt zijn conclusie als volgt uit (blz. 18 t. a. p.): „Waar het systeem van scheiding het gevaar oplevert van minder goede hulp en het systeem van de wet juist prikkelt om op het gebied van geneeskundige behandeling het allerbeste te geven, schaar ik mij dus aan de zijde van

[1] Het ontwerp Veegens, dat in hoofdzaak gelijk was aan het vorige, kent geen begrafenisgeld toe.

[2] Rapport omtrent een onderzoek naar de werking en inrichting van de Friendly Societies in verband met de taak, die aan deze instellingen te vervullen zal worden gegeven onder de „National Insurance Act", uitgebracht aan Z.-Exc. den Minister van Landbouw, Nijverheid en Handel door Jhr. Mr. B. C. De Savornin Lohman (Febr. 1912).

[3] Het Ontwerp ziekteverzekeringswet 1905, besproken door een geneeskundige.

[4] Ziekenfondspraktijk en ziekteverzekeringswet. 1906.

[5] De Ziekteverzekering en de Nederlandsche Geneeskundigen.

de principieele voorstanders van het systeem der wetsontwerpers."

Of die oppositie heden ten dage nog zal kunnen worden volgehouden, nu de geneeskundige vakvereeniging overal in gekend wordt moet betwijfeld worden. Nu bovendien van deze Regeering op het oogenblik geen scheidingsvoorstellen op het gebied der ziekenverzorging en ziekteverzekering uitgaan, ga men een stap verder en combineere beiden onder eenzelfde leiding. Bij een goede wettelijke regeling behoeven de nadeelen van het samengaan niet gevreesd te worden.

Ik sprak reeds over de afzonderlijke balans, die noodzakelijk is. Deze kwam ook in de bestaande ziekenfondsen niet voor. Op deze fout wijst ook de commissie, ingesteld door de Maatschappij tot Nut van het Algemeen ter onderzoek naar het ziekenfondswezen in ons land [1], die er echter aanstonds op laat volgen (blz. 74 l.c.): „Natuurlijk verhindert dit niet het combineeren in eenzelfde vereeniging van verschillende doeleinden, mits in afzonderlijke afdeelingen en met zelfstandig beheer."

In het voorgestelde z.g. Inspecteursfonds [2] werd de mogelijkheid tot opneming van geldelijke ondersteuning in ziekte (ziekengelden) en tot uitkeering bij overlijden mogelijk gemaakt, doch met splitsing in afzonderlijke afdeelingen. Laat ik erop wijzen, dat het Algemeen Mijnwerkers Fonds (gesticht in 1918) die samenkoppeling wel heeft.

Fonds en kas zullen zich zooveel mogelijk op eigen terrein bewegen, elk heeft zijn doel op zichzelf. Doch de kas heeft er ook belang bij, dat de verzorging zoo goed mogelijk is ten opzichte der uitkeering, en het zal dan ook niet ongeoorloofd zijn, dat door haar mettertijd gelden worden verstrekt, die de geneeskundige verzorging ten goede komen.

Het principe van zelf-doen door de betrokkenen alleen, bestaat hier te lande, is doorgedrongen in het maatschappelijk leven. Welnu, de wetgever brenge er eenheid en

[1] De ziekenfondsen in Nederland. Rapport van Prof. W. Stoeder, Dr. C. J. Snijders, Dr. G. P. van Tienhoven en Mr. D. A. Stibbe.

[2] Hoofdlijnen voor een ziekenfonds, aanbevolen in 1872 door de geneeskundige inspecteurs. Te vinden in het Nutsrapport.

samenhang in, beide die onafscheidelijk samenhooren, ook volledig te zamen tot uitvoering brengend. Zij, die nu op beiderlei gebied hun ervaring hebben, zijn de aangewezen personen om het bestuur der combinatie fonds-kas te vormen.

Wil men beweren, dat het zelf-doen reeds in de wetgeving is vastgelegd, dat de Raden van Arbeid hierop berusten en de bedrijfsvereenigingen het stelsel huldigen, dan is dit echter nog niet hetzelfde als het door mij voorgestelde beheer door de verzekerden alleen. De Raden van Arbeid zijn een product van den nieuweren tijd, de bedrijfsvereenigingen, die algemeen in het vooruitzicht gesteld worden, eveneens; deze moeten er bovendien grootendeels nog komen. Hier moet een geheel nieuw instituut worden opgezet, welks werking niet te vergelijken is met die der historische kassen. De collectieve verzekering der bedrijfsvereenigingen is niet in het belang der betrokkenen, die daartegenover in de eigen kassen door de individueele verzekering hun belangen beter behartigd vinden. Bij de Raden van Arbeid met een gelijk aantal werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers heeft tenslotte de voorzitter-ambtenaar de beslissende stem over de wetsinterpretatie. Tegenover de door mij voorgestane kassen blijven het toch „ambtelijke organen."

Het ontwerp Ziekte- en Ongevallenwet 1925 (Min. Aalberse), dat de ziekenkassen wil uitschakelen, heeft dan ook op dit punt krachtige bestrijding gevonden; allereerst natuurlijk door het Nederlandsch Verbond van Ziekenkassen en -fondsen, doch ook van andere zijden[1]

[1] Om enkele recente aanhalingen te doen:
Adres van het R. K. Verbond van Werkgevers-vakvereenigingen en de Algemeene R. K. Werkgeversvereeniging aan den Hoogen Raad van Arbeid (1924).
Nota van het hoofdbestuur der Groninger Maatschappij van Landbouw (1924).
Adres van de Kamer van Koophandel voor Rijnland te Leiden (1924).
Dr. H. L. van Duyl in „Sociale Voorzorg" van Aug. 1924 blz. 464: „Zooveel is wel komen vast te staan, dat in verschillende kringen een verlangen bestaat naar het zelf in handen nemen van de uitvoering der verzekering. Aan dat beginsel vasthoudende is het mogelijk een organisatie te ontwerpen, welke technisch en redelijk een verzekering geeft, die geen principieel zwakke plekken vertoont. Daartoe is noodig de bestaande organisaties plaats te doen maken voor een uit belanghebbenden zelf voortgekomen en door hen bestuurd organisme, dat alle werkgevers en verzekerden in verplicht verband omvat; naar de behoefte der verzekeringen kan dat organisme in verschillende samenhangende geledingen worden gesplitst. Het voorontwerp heeft dien stap niet gedaan en wordt het wet, dan schijnt mij de kans om een logische, eenvoudige, goedkoope en technisch en administratief goed werkende verzekering te verkrijgen, voor langen tijd, zoo niet voor altijd verloren."

Mr. H. W. Groeneveld [1], oud-ambtenaar bij het bedrijfsvereenigingswezen, aan wien mede het uitschakelen der kassen moet worden toegeschreven, grondt zijn bezwaren ertegen, dat er zoovele en talrijke kassen bestaan. Hij zegt (blz. 19 t. a. p.): „Het is een feit, dat sinds eenige jaren in ons land het ziekenkaswezen sterk is vooruitgegaan, en de vraag rijst dan ook, of het niet meer aanbeveling verdient de ontwikkeling dezer kassen te bevorderen, dan haar de bestaansmogelijkheid te ontnemen. Ging het hier uitsluitend om de ziekteverzekering, dan zou voor de beantwoording dier vraag in eerstbedoelden zin veel zijn te zeggen, al zou mij de uitvoering dier verzekering door eenige duizenden afzonderlijke ziekenkassen niet zonder bedenking schijnen. Maar de organisatie der geheele arbeidersverzekering is hier in het geding en het schijnt mij bezwaarlijk voor tegenspraak vatbaar, dat de noodige eenheid en eenvoud in de sociale verzekering bezwaarlijk bereikbaar is bij de handhaving van de vele honderden ziekenkassen, waarvan de groote meerderheid slechts een bescheiden aantal leden tellen."

Doch vereenig ze tot groote districts- of gebiedskassen en onderzoek eerst of het bezwaar zal kunnen vervallen. Er zal nu zeker wel eenheid tot stand komen, nu Rijksverzekeringsbank, Raden van Arbeid en allerlei bedrijfsvereenigingen en verzekeringsmaatschappijen door elkaar en naast elkaar in de sociale verzekering zullen optreden en wij ze reeds aan het werk zien, waarbij ook nog weer is voorgesteld ziekenkassen als onderdeel van bedrijfsvereenigingen. Dr. H. L. van Duyl wees hierop ook in zijn reeds aangehaald artikel. Van socialistische zijde oefende Mr. M. J. A. Moltzer hierop ook critiek uit [2].

Het is wel vanzelfsprekend, dat slechts flinke krachtige ziekenfondsen een uitgebreide, zoo volledig mogelijke geneeskundige hulp kunnen verstrekken. In het verslag der Commissie tot regeling der ziekenverzorging [3] komt een minderheidsconclusie voor van het lid E. Kupers, waarin

[1] Een plan tot bezuiniging en vereenvoudiging onzer sociale verzekeringswetgeving 1922.

[2] De socialistische Gids. Aug.—Sept. 1924. Het voorontwerp ziekte- en ongevallenwet 1925. blz. 731. — Het Voorontwerp Ziekte- en Ongevallenwet 1925. Brochure.

[3] De Commissie Koolen (1920).

deze tegen de meerderheidsopvatting o. a. ook de z. g. dwergfondsen bestrijdt, welke z. i. bij toelating in de ziektewet, zooals de commissie die wil, uit den grond zullen verrijzen. Hij zegt hierover het volgende: „Het behoeft dezerzijds zeker niet uitvoerig te worden betoogd, dat er van zulk een groot aantal fondsen, waartusschen bijna geen onderlinge band bestaat, voor de bestrijding van ziekte lang niet datgene terecht zal komen, wat redelijkerwijs verwacht mag worden.

Kleine fondsen werken uit den aard der zaak duur. Elk fonds heeft zijn eigen bestuur, eigen administratie, eigen boden, enz. enz. Welk een massa geld wordt er niet verslonden door alle mogelijke drukwerken, bestuurs- en ledenvergaderingen, conferenties e. d.! Wat zal dan overblijven, na aftrek van al deze uitgaven, voor de eigenlijke taak, waarvoor het ziekenfonds is opgericht? De vraag stellen is haar beantwoorden.

Er wordt, vooral in den laatsten tijd, herhaaldelijk gesproken van bezuiniging, uitschakelen van overbodige functies in het productie- en distributieproces. Reeds thans gebeurt het vaak, dat in één straat, in één huis, verschillende boden van ziekenfondsen komen om de premies te innen. In de toekomst zal dit nog erger worden. Er wordt naast arbeidskracht een massa geld verspild.

Ondergeteekende is van oordeel, dat thans de tijd is aangebroken om ook op dit terrein zooveel mogelijk centraliseerend op te treden".

Dit zou te bereiken zijn door slechts één soort fonds toe te laten, en wel het „overheidsfonds" enz. En verder:

„Wanneer hierboven gesproken wordt van overheidsfonds, wordt hiermede volstrekt niet bedoeld, dat de gestie daarvan gevoerd zou moeten worden door ambtenaren, en zij derhalve een ambtelijk karakter zouden dragen. Hij acht het best mogelijk, dat, hoewel deze fondsen door de overheid in het leven worden geroepen, toch het bestuur met uitsluiting van ambtenaren van den Staat, voor het grootste gedeelte in handen der verzekerden wordt gelegd en de taak van de overheid zich derhalve tot een meer controleerende zou beperken. Het zelfbestuur, waarvan de opvoedende kracht in de tegenwoordige tijdsomstandigheden zeker niet meer behoeft te worden aangetoond, be-

hoeft door deze overheidsfondsen absoluut niet in het gedrang te komen."

Wil men in het verband van een bepaald gebied niet één, doch enkele fondsen zien, met uitsluiting van allerlei kleineren, dan zullen de bovengenoemde nadeelen toch blijven bestaan.

En wat voor de fondsen geldt, is ook van toepassing op de kassen. De combinatie zal in haar geheel belang hebben bij een zoo economisch mogelijk functioneeren der beide onderdeelen. Zij, die het fonds besturen, zullen ook als bestuursleden over de kas waken. Versnippering geeft ook hier weer dezelfde nadeelen.

Op die eenheid in de sociale verzekering wijst ook Treub (t. a. p. blz. 80): „Afzonderlijke besturen voor de verschillende takken van sociale verzekering zijn niet aan te bevelen. Die verschillende takken grijpen op zoovele punten in elkaar en hebben zulk een behoefte aan onderlinge voorlichting, steun en samenwerking, in één woord aan leiding in één hand, dat alleen reeds uit overweging hiervan splitsing in verschillende diensttakken met eigen bestuursorganen ten zeerste te ontraden is. Bij organisatie in verschillende diensttakken met eigen besturen zou men bij voorbaat wel verzekerd kunnen zijn, dat aan de vereischte samenwerking nog al het een en ander ontbreken zou. Onderlinge naijver, kleingeestige tegenwerking met eindeloos geschrijf en gewrijf zijn bij verwante dienstvakken helaas zoo gewoon, dat het euvel bijna spreekwoordelijk is geworden.

Een tweede reden om het aantal besturende lichamen niet buiten noodzaak te vergrooten, ligt in de moeilijkheid van het vinden der geschikte personen. Ook indien de verschillende verzekeringstakken officieel onder afzonderlijke besturen werden gesteld, zouden toch veelal door den drang der omstandigheden dezelfde personen in verschillende van die besturen gesteld moeten worden."

Zal nu het zelfbestuur bestaanbaar zijn bij het instellen van groote fondsen en kassen? Wil men kleine districten hebben om de „persoonlijke bekendheid der fondsbestuurders met het district en zijn bewoners niet prijs te geven" (Treub t. a. p. blz. 79) of uit vrees, dat de controle niet zoo goed tot haar recht zal komen; als de medewerking ontbreekt, zal dit hier evenmin gewaarborgd zijn. Reeds is

gewezen op de ondervinding in Duitschland opgedaan (blz. 9). Dit kan ondervangen worden, door als bestuur een z. g. Commissie van Vertegenwoordiging te doen kiezen die uit haar midden een klein bestuur van een bepaald aantal leden aanwijst voor urgente beslissingen,. Het komt mij dan voor, dat tegen groote districten geen bezwaar behoeft te bestaan. Wil men er niet aan om redenen van separatisme, dan kome men er recht voor uit.

De ziekenfonds-ziekenkas-combinatie zal gebieds- of districts-gewijze autonoom zijn. Zij voert binnen haar gebied alles, uit, wat de geneeskundige zorg en de geldelijke uitkeeringen betreffen, zooals die van overheidswege worden voorgeschreven. Deze geeft de eischen op, waaraanmoet worden voldaan en laat de instituten verder groeien. Aan fonds en kas alles zelf zoo economisch mogelijk te regelen, onder leiding en toezicht van de overheid. Voor samengaan der instituten en grooter verband lijkt mij geen reden aanwezig. De leiding berust bij de overheid, die haar beide inspecties daarvoor heeft, die rechtstreeks de gebiedsinstituten onder zich hebben. Er zal noodzakelijk één medische Rijksdienst dienen te worden ingesteld met een medischen Rijksraad, of hoe men dit opperste collega wil noemen. Daarin zullen de inspecties en de geneeskundige controle-dienst vertegenwoordigd moeten zijn. Aan alle vraagstukken op sociaal-geneeskundig gebied voor het geheele volk zal hier aandacht geschonken moeten worden. In de toekomst zullen deze onderdeelen zich meer en meer in samenhang moeten ontwikkelen.

Maar ook voor de geneeskundige beoordeeling en verzorging in de bestaande sociaal-geneeskundige wetgeving wordt het tijd, dat er volledigheid en eenheid komt. Hoe uitstekend de Ongevallenwetgeving ook werkt, het is toch iets onrechtvaardigs, dat men alleen door een „gelukkig ongeval" de zegeningen ervan deelachtig wordt. De wetgeving huldige slechts deze ééne praktische overweging, ziek is ziek en dood is dood, het doet er niet toe waardoor, de eenige zuivere maatstaf voor hen, wien het betreft. Hierop wees bijv. W. Schuurmans Stekhoven naar aanleiding van een uitgeschreven prijsvraag door de Directie der „Centrale Landbouw Onderlinge" over schadeloos-

stelling van ongevalsletsels bij ziektetoestanden [1] in de volgende bewoording:

„Laat de denkbeeldige scheidingsmuur tusschen ongeval en ziekte vallen. Laat de Ongevallenverzekering opgaan in één, eenvoudige en eenvormige, sociale verzekeringswet, op grond waarvan loonderving vergoed wordt, onverschillig de oorzaak daarvan. Maak bij de samengestelde mechanismen, waarbij de grens tusschen ongeval en ziekte niet of bezwaarlijk te trekken valt, geen scheiding tusschen de ziektecomponent en de ongevalscomponent, doch stel de geheele loonderving schadeloos."

Dr. J. E. Buning [2] merkt hierover in denzelfden geest op: „Te meer reden is er om dezen weg te volgen, omdat het onderscheid tusschen ziekte en ongeval in de gevolgen voor den werknemer niet bestaat en er geen praktische gronden zijn dit onderscheid te handhaven. Integendeel zal veel hocus pocus kunnen verdwijnen, geen juridische en medische spitsvondigheden meer om een aandoening wel of niet als gevolg van een ongeval aan te merken, een vraag uit medisch wetenschappelijk oogpunt van waarde, maar uit verzekeringstechnisch oogpunt slechts aanleiding gevend tot verwarring, onbillijkheden en het gevoel van rechtsonzekerheid bij den verzekerde.

Men gaat nu zelfs zoo ver te willen aangeven, indien invaliditeit is opgetreden, welk deel daarvan te wijten is aan een reeds bestaande ziekte of aan het ongeval, dat den toestand misschien verergerde. (Gedeeltelijke of evenredige schadeloosstelling)".

Hoe oneconomisch is bovendien op het oogenblik de geneeskundige verzorging der in loondienst verkeerenden niet ingericht! Verschillende organen, wettelijke zoowel als particuliere, verstrekken hier voor denzelfden persoon behandeling in verschillende gevallen, en dit niet alleen, doch ook dubbele geneeskundige honoreering. Zij, die onder de bestaande wetten vallen, Ongevallenwetten, Invaliditeitswet, zijn tevens voor een groot gedeelte ook lid

[1] Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank. Juli 1923.
Zie ook Ned. Tijdschrift v. Gen. 13 Jan. 1923.

[2] Voordracht in de vergadering der Vereeniging voor Gemeentelijk Geneeskundige verzorging. 14 Dec. 1924.
Vergl. ook „Verzekering en ziekenverzorging" door denzelfden schrijver in het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde van 7 Juli 1923, en
Voorontwerp Ziekte- en Ongevallenwet 1925. Geneeskundige Gids. 20 Febr. 1925.

van ziekenfondsen. Ontvangen zij wettelijk geneeskundige behandeling, dan vervalt in dit geval de hulp, die in het lidmaatschap van het fonds begrepen is. Men kan nu beweren, dat deze zorg van overheidswege aan de fondsen financieel ten goede is gekomen. Zoo dit soms het geval moge zijn, van veel invloed is dit niet geweest, alleen voor de groote fondsen misschien en dan nog wel het meest voor de behandeling in ziekeninrichtingen. In de praktijk is voor zoover mij bekend verbetering, noch voor de leden, noch voor de deelnemers er het gevolg van geweest. Er bestaat geen reden, die geheel onpraktische tweeerlei verzorging te laten voortbestaan. Het systeem der geneeskundige honoreering, zooals dit bij de Rijksverzekeringsbank geldt, betaling per verrichting, ook door te voeren in een ziekenverzorgingswet, wordt wel nergens aangeprezen. Maar waarom dan hier een scheiding gemaakt tusschen twee stelsels? Men vermeerdert bovendien de ingewikkeldheid slechts door het ziekenfonds een gedeelte der ongevallenbehandeling te willen opdragen. Er zij slechts één weg, men drage aan het ziekenfonds de hulp voor ziekte zoowel als bij ongeval in haar vollen omvang op.

Van geneeskundige zijde is protest gekomen, toen de regeeringsplannen bekend werden om de ongevallenverzekering gedeeltelijk aan de fondsen over te laten [1]. Ongetwijfeld vloeit hier een bezuiniging uit voort. De aangevoerde bezwaren, dat de behandeling der ongevalsletsels eronder zou lijden, kunnen toch ondervangen worden door de geneeskundige controle te laten voortbestaan. Wel geldt het bezwaar, waarop gewezen is door Prof. J. A. Korteweg in de N. R. C. van 21 Nov. 1922, dat het praktisch niet mogelijk is direct te beslissen of een ongeval binnen zes weken zal zijn afgeloopen of niet. Maar wat is er echter tegen dat de fondsen de geheele behandeling volgens de Ongevallenwetten op zich nemen, wanneer een behoorlijke regeling van het ziekenfondswezen tegelijk wordt ingevoerd?

Geen reden mag het zijn, de derving van inkomsten, door

[1] In de brochure van Mr. H. W. Groeneveld wordt voorgesteld, de behandeling van „kleine ongevallen", welke als ziekte beschouwd kunnen worden, aan de ziekenfondsen op te dragen (95 % van het aantal is binnen de zes weken hersteld).

Minister Aalberse aan den Hoogen Raad van Arbeid: „Is het gewenscht de ongevallen, althans voor zooveel de gevolgen daarvan zich niet uitstrekken tot langer dan een bepaalden tijdsduur, als ziektegevallen te doen vallen onder de ziektewet?"

Zooals bekend, wil het ontwerp 1925 van dezen minister de splitsing doorvoeren.

het vervallen der dubbele medische honoreering aan te voeren. Er waren en zijn toch ook medici, die de vergoeding der Rijksverzekeringsbank als eereschuld afdroegen aan het fonds, of weigerden uit anderen hoofde belooning te ontvangen (bijv. van particuliere verzekeringsinstellingen), wanneer zij door de R. V. B. reeds betaald werden.

Op onnoodige kosten voor de geneeskundige behandeling door de Rijksverzekeringsbank wees Dr. C. J. Mijnlieff, Controleerend-gemeentearts te Amsterdam [1]: „Maar in den tegenwoordigen tijd van broodnoodige „efficiency" moeten wij het niet te ontkennen feit onder de oogen zien, dat veel onbeteekende ongevallen aangegeven worden, dat dientengevolge de geheele organisatie van de Rijksverzekeringsbank met haar talrijk personeel noodeloos uitgebreid en hierdoor de post „Administratiekosten" hoog opgevoerd wordt; dat die aangifte in zeer vele gevallen alleen geschiedt met de bedoeling of met het gevolg, dat vele doktoren en apothekers op Rijkskosten een rekening kunnen indienen; en dat hierdoor onder de post „uitkeering aan doktoren" groote sommen gelds uitgegeven worden aan een groot complex van apothekers en doktoren, die uit anderen hoofde, als fondsdoktoren, gemeenteambtenaren, ziekenhuis-assistenten, reeds tot plicht hebben, die patienten te behandelen en daarvoor gesalarieerd worden.

Dit mag geld verspillen genoemd worden, en bovendien onrechtvaardig, omdat die kosten verhaald worden op de werkgevers, zonder dat dit strekt tot verhoogde validiteit van de arbeiders. En dit te meer, omdat die „patienten" om aan de wettelijke bepalingen te voldoen, onnoodig en dikwijls langer dan noodig is, onttrokken worden aan hun arbeid, wat den werkgevers ook weer geld kost."

Hij geeft dan verder eenige bedragen op (waaraan hij niet meer waarde toekent dan die van een eenvoudig rekensommetje, doch die niettemin te denken geven) waartoe, vanwege de weinige beteekenis der ongevallen op zichzelf, een z. i. onnnoodige aangifte aanleiding geeft. „Wij mogen hieruit tenminste toch wel den indruk noteeren, dat jaarlijks een groote som gelds bespaard zou kunnen worden, indien voortaan wettelijk te regelen ware, dat al die

[1] Dubbele geneeskundige controle en het voorstel der Vereeniging van Nederlandsche gemeenten II. Tijdschrijft voor Sociale Geneeskunde. Juli 1924.

onbeduidende ongevallen niet op kosten van het Rijk behandeld worden."

Dat onnoodige honoreering plaats heeft, moet wel erkend worden. Willen de geneeskundigen meewerken, de sociaal-geneeskundige wetgeving uitvoerbaar te maken, dan zullen zij vertrouwd moeten raken met het denkbeeld, dat ook in de belooning hunner diensten eenheid dient te komen; slechts als deelnemers aan het ziekenfondswezen, dat alleen en uitsluitend in de geneeskundige verzorging dient te voorzien.

Men zal erop wijzen, dat door de verplichte verzekering velen, die vroeger tot de particuliere practijk behoorden, nu onder de fondsbehandeling zullen vallen. Doch de Rijksverzekeringsbank houdt toch ook geen rekening met verschillende vergoeding van dezelfde ingeschreven deskundigen, hoewel door de uitbreiding, die de ongevallenwetgeving onderging, allerlei categorieën van personen eronder vallen, waarbij er zijn, tegen wier welstand men dezelfde bezwaren kan doen gelden. Vergete men ook niet, dat door den noodzakelijk omvangrijke in te voeren controle-dienst hierin meer geneeskundigen een roeping en bestaan zullen kunnen vinden. Bovendien zien wij onder alle kringen der samenleving het gemeenschappelijk risicodragen, noodzakelijk door de hoogere eischen, die de geneeskundige behandeling en verpleging zijn gaan stellen, zich meer en meer ontwikkelen.

Van geneeskundige zijde zal het niet aan oppositie ontbreken tegenover het principe van zelfbeheer en de apothekers e. a. zullen hen hierin bijvallen. Laten wij hier een oogenblik bij stilstaan.

Het mag als bekend verondersteld worden, dat, hoe nuttig het ziekenfondswezen op zichzelf ook is, er toch ook misbruiken aan vastkleefden. Van genoemde zijde is hier felle agitatie tegen gevoerd, tot uiting gekomen o. a. in een tweetal rapporten [1] en bereikte haar hoogtepunt in het „Bindend besluit" in 1913 op de algemeene vergadering der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, dat de leden dier Maatschappij niet mogen deelnemen aan die ziekenfondsen, waarin geneeskundigen en apothekers niet de meerderheid van het bestuur uit-

[1] Rapport over het ziekenfondswezen te Amsterdam. 1900.
Rapport omtrent den toestand der ziekenfondsen in Nederland. 1908.

maken. Daarop kwam de „Landelijke Federatie ter behartiging van het ziekenfondswezen" tot stand. Nog wordt over de geheele linie een ziekenfonds „strijd" gevoerd. Ik raak hier een teer punt van de geneeskundigen aan. Al wil ik volstrekt niet hun goede recht betwisten, waar het ging om het opheffen van allerlei misstanden, die hun en ook der leden belangen raakten, vooral voor henzelf de materieele zijde der zaak, met de plaats die men hun in het bestuur wil toekennen, kan ik niet meegaan, ook al wil men als compromis aan de verzekerden de meerderheid erin geven (bijv. in het plan Kupers-Lindner [1]).

In hoofdstuk II der Ziektewet Talma, handelende over de toegelaten ziekenfondsen, bepaalt Art. 128: „In het bestuur moeten zitting hebben een of meer verzekerden, door de verzekerden of door de algemeene vergadering aangewezen, alsmede één of meer geneeskundigen en één of meer apothekers. Echter kan door Ons, op grond van bijzondere omstandigheden, een ziekenfonds worden toegelaten, schoon in het bestuur geen apothekers zitting zullen hebben." De wetgever heeft hier toentertijd dus gedeeltelijk gehoor gegeven aan de eischen der medische en pharmaceutische vakbonden. Art. 114 van het ontwerp Ziekte- en Ongevallenwet 1925 zegt woordelijk hetzelfde. Ook Treub stelde in zijn wetsontwerp in de Kringbesturen naast (vijf) verzekerden (vier) vertegenwoordigers der werkgevers en artsen. In het verslag der commissie, tot regeling der ziekenverzorging [2] wordt door de meerderheid voorgesteld, dat het bestaan van allerlei fondsen (arbeidersfondsen, doktersfondsen, ondernemersfondsen, fondsen uitgaande van stichtingen en overheidsfondsen, met uitsluiting van die fondsen, welken uit winstbejag worden geëxploiteerd) mogelijk moet worden gemaakt, en bepaalt art 17:

„Tot de algemeene vergadering hebben vertegenwoordigers der geneeskundigen, apothekers, tandartsen, vroedvrouwen en verplegenden toegang; zij hebben aldaar een raadgevende stem."

In de memorie van toelichting wordt opgemerkt, dat zij daar slechts een beslissende stem hebben, indien de statuten hun die toekennen. De commissie neemt aan, dat

[1] P. Lindner. De organisatie der Sociale verzekering Socialistische Gids. Febr. 1924.
[2] De Staatscommissie Koolen (1920).

de wet verder voldoende voor hunne belangen waakt. Hierop slaat art. 20: „Van alle beslissingen van het fonds in geschillen tusschen het fonds en de daaraan verbonden geneesheeren, tandartsen, apothekers en verplegenden staat, volgens door Ons te stellen regelen, welke in de „Nederlandsche staatscourant" openbaar gemaakt moeten worden, beroep open."

Er bestaat in het algemeen een streven de vakorganisaties rechtstreeks medezeggingsschap te geven in de rechtspositie van hen, die onder bepaalde wetten vallen. In de sociale verzekering lijkt mij dit ten eenen male verkeerd. Staan wij hier een oogenblik bij stil. Zij, die dit streven huldigen, vergeten, dat de vakbeweging voor geen enkel vak de vertegenwoordiging vormt van *alle* leden der gemeenschap; evenmin vertegenwoordigt zij de opvatting van zelfs alle aangesloten leden. Het aantal georganiseerde werknemers is slechts ongeveer het $^1/_7$ deel van het totaal aantal. De geneeskundige vakorganisatie omvat ook lang niet alle medici. Hoe zullen bepalingen, in deze vakbeweging geldend, worden toegepast op hen, die er geen lid van zijn, wanneer deze organisatie rechtstreeks optreedt als vertegenwoordigster der geneeskundigen tegenover de uitvoerende organen der wetgeving en erin gekend moet worden? Bovendien, het aantal vakcentrales is aan wisseling onderhevig, waarmede weer telkens rekening zal gehouden moeten worden. Allerlei politieke actie en belangenstrijd zullen overgebracht worden en optreden op een terrein, waar in de eerste plaats voor *iedereen* gezorgd moet worden. De ondervinding heeft dit wel geleerd.

Het eenigste, wat ervoor zou pleiten is, dat het bijv. bij de verkiezing voor het fondskasbestuur eenvoudiger is, dat door bepaalde organisaties personen worden aangewezen dan wanneer een geheel mechanisme hiervoor in werking moet worden gesteld, terwijl in haar kringen juist de menschen gevonden zouden worden, die het meeste op de hoogte zijn van de vraagstukken, waar het om gaat. Wat meer omslag zal echter geen beletsel mogen zijn voor een m. i. juister principe; en alzijdige belangstelling vindt men ook wel onder anderen dan vakvertegenwoordigers, wier hoofddoel het blijft hunne organisatie tot bloei te brengen. De sociale wetgeving gelde voor iedereen en de rechtspositie van allen, die er mede te maken hebben,

zal erin vastgelegd dienen te worden. De vakbeweging als zoodanig blijve er buiten!

Uitgaande van het principe, onderlinge verzekering der leden, staan de deelnemers (geneeskundigen, apothekers, enz.) tegenover deze coöperatie als verstrekkers van geneeskundige en andere hulp. Dit doet aan de verheven taak, die de medicus door zijn ambt te vervullen heeft, niets af.

In zijn geschrift (1906; zie blz. 10) wees ook Brocx op de verhouding van den dokter van een fonds tot het bestuur in denzelfden geest. Volgens hem „is 't een onmogelijke eisch, dat diezelfde medicus in dat Bestuur zitting neemt" (t. a. p. blz. 48).

De ouderen onder de medici zullen zich nog de felle verontwaardiging herinneren, destijds tegen de opvattingen van Prof. Mr. Treub dienaangaande in zijn brochure „Over sociale verzekering", waarin hij zich op blz. 80—81 als volgt uitlaat:

„Een groote moeilijkheid is voorts de plaats te bepalen, die den geneesheer in of tegenover het fondsbestuur toekomt. Het spreekt wel vanzelf, dat het fondsbestuur voortdurend medische voorlichting zal behoeven, en dat de bestuursbeslissingen voor de fondsgeneesheeren van groot gewicht kunnen zijn. De hieruit door de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst getrokken conclusie, het bestuur der districtsfondsen uit de belanghebbende partijen (geneesheeren, apothekers, verzekerden en werkgevers in gelijke verhouding) te doen bestaan (Handelingen van de buitengewone algemeene vergadering op 25 Maart 1906, blz. 77) kan ik evenwel niet onderschrijven. Deze conclusie, hoe verklaarbaar zij van de zijde der medici moge wezen, is onlogisch. De geneesheeren en apothekers zijn bij de zaak wel eveneens belanghebbenden; hun belanghebberschap is echter van geheel anderen aard dan dat van werkgevers en arbeiders. Zij staan — voor zoover zij voor het fonds werken — tot het fonds in de verhouding van ambtenaar, dus van ondergeschikte. Het opdragen van bestuursfuncties aan ondergechikten is niet alleen in zichzelf onlogisch, maar de ervaring, welke daarmede o. a. in de productieve coöperatie werd opgedaan, heeft het onpraktische daarvan voldoende aangetoond.

De oplossing der moeilijkheid moet dan ook in een andere richting worden gezocht. Aan de besturen moet het inwinnen van advies van de controleerende geneesheeren omtrent alle aangelegenheden van medischen aard worden verplichtend gesteld. Aan dezen kan voorts het recht worden toegekend hunne inzichten in de bestuursvergadering mondeling uiteen te zetten. Ook zou het, dunkt mij, aanbeveling verdienen, zoowel den controleerenden als den behandelenden geneesheer het recht toe te kennen van de beslissingen van het fondsbestuur, waarmede zij zich niet vereenigen kunnen, op gelijke wijze in hooger beroep te komen als de belanghebbende werkgevers en arbeiders."

En toch is het mijn meening dat dit de juiste weg is. Met de Commissie Koolen ben ik het eens, dat de wetgeving voldoende moet waken voor de belangen der geneeskundigen c. s. Er worde een duidelijk beroep bij geschillen ingesteld (zie hoofdstuk IV). Het hoofd van den geneeskundigen controle-dienst bij elk fonds-kasinstituut worde tot medisch-adviseur van dit instituut benoemd.

De genoemde combinatie ziekenfonds-ziekenkas zal naar mijn overtuiging bijdragen tot meer volmaakte uitvoering der sociale verzekeringswetgeving, waarnaar reikhalzend wordt uitgezien, voor zoover van volmaking gesproken kan worden. Door de eenheid in de administratie zal deze zoo economisch mogelijk werken, van groote waarde voor de geheele verzekering ten opzichte van onnoodige en meer dan dubbele gelden, die anders daarvoor zullen worden uitgegeven en die de verdere ontwikkeling der wetgeving in belangrijke, zoo niet in overwegende mate, in den weg staan. Eigen beheer zal hier goedkooper werken. De Rijksverzekeringsbank gaf bijv. in de jaren 1919 t/m 1922 resp. 30, 29, 27 en 28 % der totaalonkosten voor administratie uit. Hier steken de zelfbesturende fondsen en kassen zeer gunstig bij af. Er is ten opzichte van de afzonderlijke ziekteverzekering zelfs gesproken van „zuivere meerkosten" der overheidsadministratie tegenover die van het bestaande ziekenkaswezen. En die kosten zullen nog geweldig vermeerderd worden, wanneer in versnippering in plaats van in eenheid de oplossing van het geheele verzekeringsprobleem gezocht

wordt. Zoo zullen bijv. ook de vergoedingen aan de administratie der posterijen voor bewezen diensten in verband met de sociale verzekeringswetten geheel kunnen vervallen; overbrenging der ouderdomsverzekering mettertijd naar de kassen zal hare administratie niet veel duurder maken (op de begrooting 1925 voor vergoeding aan de posterijen geschat op ƒ 823.000). Eensdeels halen de menschen aan het kantoor van inschrijving zelf hunne uitkeeringen af, andersdeels zullen de boden, die toch geregeld ambulant zijn, deze werkzaamheden tegelijk kunnen vervullen.

Reeds alleen al om die eenheid in de administratie en de daaruit voortvloeiende enorme bezuiniging op die kosten zal invoering van het geschetste stelsel aanbeveling verdienen.

Welk een onproductief geld gaat er nu niet verloren door allerlei ambtenarij.

Bovendien meen ik in het voorgestelde opgenomen te hebben de vele verlangens naar eenheid op verschillend gebied, die in den loop der tijden tot uiting zijn gekomen. Hier komt alles in één hand, met tot gevolg eenheid en eenvormigheid en meerdere billijkheid en geriefelijkheid voor de betrokkenen. Ik stel mij toch voor, dat ieder behoorlijk direct in het bezit van zijn uitkeering zal kunnen komen en het dus niet zal gebeuren, zooals bijv. in het jaarverslag 1922 der Rijksverzekeringsbank vermeld staat, dat binnen een week na het inkomen van de aangifte slechts 48.5 % der eerste uitkeeringen betaalbaar gesteld was, en na twee weken nog 12.8 % niet. Bovendien zal wekelijksche uitbetaling zonder meerdere kosten de nadeelen der vierweeksche uitkeering omgaan.

De Rijksverzekeringsbank heeft sinds jaren haar nuttig werk gedaan; de consequentie, uit het voorgaande te trekken, dat zij in den tegenwoordigen vorm verdwijnen moet, zal de waardeering aan haar gedanen arbeid niet uitsluiten. Haar ervaring en ondervinding zullen aan de nieuwe instituten ten goede komen. Denken wij bijv. hier aan de geneeskundige controle, welke in geen ander land zoodanig voorkomt. Onder de opheffing zullen moeten vallen de Raden van Arbeid en de Verzekeringsraad.

Wat het zuiver medische gedeelte betreft, zal hier het oog moeten worden gevestigd op de gemeentelijk genees-

kundige diensten, welker werkkring voor een groot gedeelte in de taak van het ziekenfonds en van den geneeskundigen controle-dienst zal worden opgenomen. (Gemeentelijk geneeskundige armenzorg, controle-diensten, enz.). Uit deze kringen zal misschien niet nagelaten worden zich hiertegen te verzetten, wijzende op het goede functioneeren van hun instituut. Ik zeg „misschien", want bijv. verschillende publicaties van den directeur van den gem. gen. dienst der hoofdstad (Dr. L. Heijermans) zijn niet in strijd met het door mij voorgestelde. Laten degenen, die nu hunne krachten hieraan geven, de groote ondervinding erin opgedaan, ten goede doen komen aan de nieuwe instellingen. Als gezondheidsdiensten, eerste hulpdiensten en ondersteunend hetzij het fondswezen, hetzij het particulier initiatief, waarvoor buiten het ziekenfonds toch nog een arbeidsveld zal open liggen, zullen de gemeentelijke overheden op dit terrein toch nog een genoegzame taak kunnen vinden.

Reeds is gewezen op de veranderde werkwijze der Rijksverzekeringsbank in de Memorie van toelichting op het wetsontwerp Treub. In § 2 over de „Onvermijdelijkheid van de intrekking der Radenwet" in deze memorie lezen wij: „Waar ondergeteekenden (Treub en Ort) van oordeel zijn, dat de uitvoering der sociale Verzekeringswetten, ook die der Invaliditeitswet, zooveel mogelijk op den grondslag van decentralisatie behoort te worden geregeld, dat daarbij de belanghebbenden, dat zijn in de eerste plaats de verzekerden zelven, een zoo groot mogelijke medezeggingsschap moeten hebben, dat m. a. w. het beginsel van zelfbestuur ook daarbij zoover mogelijk moet worden doorgevoerd, en de ambtenarij binnen zoo nauw mogelijke grenzen moet worden beperkt, daar moesten zij wel tot de overtuiging komen, dat een naar zoo gansch andere beginselen opgetrokken wet als de Radenwet niet door wijziging was te ontdoen van den geest, waarvan zij is doortrokken. Er bleef hun dan ook niets anders over dan voor te stellen eenerzijds de Radenwet in te trekken en daartegenover een ontwerp eener nieuwe Organisatiewet aan te bieden, dat op de beginselen van decentralisatie en zelfbestuur is opgebouwd, en bij welks samenstelling er zorgvuldig naar is gestreefd de organen, welke voor de uitvoering der Verzekeringswetten worden in het leven

geroepen noch daadwerkelijk noch in naam weidscher en grooter te maken dan vereischt wordt door de taak, die zij zullen hebben te vervullen."

Moge nog een aanhaling volgen uit het artikel van H. L. van Duyl [1] gericht tegen de voorgestelde uitschakeling der ziekenkassen door Minister Aalberse: „Het voorontwerp maakt geen bezwaar bestaande bloeiende en ingeburgerde ziekenkassen het leven te benemen. Waarom dan ook niet, als men grondig reorganiseert, met dezelfde pennestreek een einde gemaakt aan het bestaan van alle thans werkende jonge sociale verzekeringsorganen, zoowel Bedrijfsvereenigingen en risicodragende maatschappijen als Verzekeringsraad, Raden van Arbeid en Rijksverzekeringsbank en een nieuwe organisatie in het leven geroepen op de basis van het zelf-doen, met uitschakeling van elke ambtelijke bemoeiing", enz. „Want het is niet alleen dat het voorontwerp de kiem in zich bergt van een omslachtig, kostbaar en onnoodig particularisme, ook verzekeringstechnisch is de in uitzicht gestelde organisatie verwerpelijk." Tegenover het ministerieele of departementale doodvonnis hetzelfde over de bedrijfsvereenigingen.

Tenslotte wil ik wijzen op de voordracht van Dr. J. E. Buning voor de Vereeniging voor Gem. Gen. Verzorging (14 December. 1924) over de Ziekte- en Ongevallenwet 1925, waarin over deze vereenigingen terecht o. a. als volgt de staf wordt gebroken: „Bedrijfsgewijze organisatie kan nuttig zijn voor overleg inzake loon, werktijden e. d. maar de sociale verzekering heeft geen bepaald omschreven bedrijfseischen. Uitvoering bedrijfsgewijs is daarom ook niet noodzakelijk, en uit een verzekeringstechnisch oogpunt evenmin noodig, of zelfs wenschelijk. Hierop is ook door anderen gewezen. Indien men zoover gaat voor elk bedrijf één bedrijfsvereeniging te willen nemen, met verplichte toetreding, dan zou men met meer recht een overheidsorgaan kunnen instellen, want er moet uitdrukkelijk op worden gewezen, dat de sociale verzekering niet uitsluitend een werkgevers- en werknemersbelang, maar een algemeen volksbelang is, en het dus niet rechtmatig geacht kan worden, de uitvoering uit-

[1] Het voorontwerp ziekte- en ongevallenwet 1925, Sociale Voorzorg Augustus 1924 blz. 449.

sluitend in handen te leggen van werkgevers en werknemers. Daarbij komt nog, dat conflicten tusschen beide groepen vooreerst nog wel niet zullen uitblijven en de strijd dan tot in de besturen dezer organisaties zou kunnen worden voorgezet."

Het is niet moeilijk door te gaan met meerdere aanhalingen.

Doch in de inleiding is de vraag gesteld, of eenheid in onze sociaal-geneeskundige wetgeving mogelijk is, voornamelijk wat de medische zijde betreft. Na deze hier in het kort in beginsel uiteengezet te hebben, zullen dan in de volgende hoofdstukken de geneeskundige bemoeiingen moeten worden nagegaan en uitgewerkt, waarvan dus twee groote hoofdstelsels onze aandacht vragen, n.l. het ziekenfondswezen en de geneeskundige controle. Vervolgens zal het daarmede samenhangende Beroep moeten worden beschouwd, terwijl tenslotte de bestaansmogelijkheid en de uitvoering door den wetgever onder de oogen zullen moeten worden gezien.

HOOFDSTUK II.

HET WETTELIJK INGESTELDE ZIEKENFONDS.

1. Algemeene definitie. — 2. Leden en lidmaatschap. — 3. De geneeskundige hulp. — 4. De honoreering der geneeskundige hulp. — 5. De contributie. — 6. Het bedrijf van het ziekenfonds.

1. ALGEMEENE DEFINITIE.

Het Rijk zal verdeeld worden in gebieden of districten, in elk waarvan één ziekenfonds zal worden opgericht. Deze gebieden zullen nader omschreven moeten worden, waarbij rekening gehouden wordt met de plaats, die reeds bestaande fondsen als centra van ziekenverzorging in de samenleving innemen, en waar geen ziekenfondswezen bestaat, met de middelpunten, waarheen de trek der bevolking zich langzamerhand gericht heeft.

De (niet ingevoerde) Ziektewet Talma bepaalt in art. 7, 4°.: „Onder ziekenfonds wordt verstaan een fonds, waardoor geneeskundige hulp wordt verstrekt" en 5°. „Onder geneeskundige hulp wordt de verstrekking van genees- en verbandmiddelen begrepen" [1].

De definitie zal moeten luiden: Onder ziekenfonds wordt verstaan een fonds, dat den leden geneeskundige hulp verstrekt, voor ziekten zoowel als voor ongevalstelsels, zoolang deze duren en onverschillig welke de oorzaak ervan zij, onder nader te bepalen voorwaarden.

Wie zijn nu „leden" en wat omvat die „geneeskundige hulp"?

2. LEDEN EN LIDMAATSCHAP.

Leden van het ziekenfonds zijn allen, wier woonplaats binnen het gebied van het fonds gevestigd is, en die een

[1] De bepalingen over de toegelaten ziekenfondsen in het Voorontwerp Ziekte- en Ongevallenwet 1925 van Min. Aalberse komen vrijwel overeen met de desbetreffende bepalingen in de Ziektewet. Nu is weer een ontwerp „Ziekenfondswet" verschenen (Febr. j.l.), steunend op het rapport der Staatscommissie Koolen!

zekere welstandsgrens niet overschrijden, benevens hunne gezinnen of de daarmede gelijkgestelden, volgens vast te stellen regelen en onder nader te bepalen uitzonderingen.

Uitgezonderd van het lidmaatschap zullen zij zijn, die in militairen dienst vertoeven, hetzij blijvend of tijdelijk. Hiervoor zorgt de militair geneeskundige dienst. Gedeeltelijk zal voor bepaalde categorieën van militairen het fondslidmaatschap kunnen worden ingevoerd, waar nu van de diensten van burgerdoktoren wordt gebruik gemaakt.

Het lidmaatschap gaat *verloren* bij verhuizing uit het gebied van het fonds. Bij vestiging binnenslands zullen de verzekerden als leden van het fonds aldaar direct overgaan.

Bij *tijdelijk verblijf* in het gebied van een ander fonds gaat het lidmaatschap over op dit fonds, wanneer een bepaalde duur wordt overschreden, terwijl men zich hiervoor verplicht moet opgeven. Binnen dezen duur zal voor spoedgevallen overal in het land gelegenheid zijn zich door de bij het desbetreffende fonds aangesloten deskundigen te laten behandelen. Bij daardoor ontstaand langer verblijf zal het lidmaatschap tijdelijk overgaan.

Bij tijdelijk verblijf in het *buitenland* zullen in aanmerking genomen moeten worden de geneeskundige wetgeving daar te lande en de duur der afwezigheid. Het lidmaatschap zal vervallen voor hen, die tijdelijk buitenslands vertoeven en aldaar wettelijk verzekerd moeten zijn voor dezelfde geneeskundige behandeling. Is dit niet het geval, dan blijft het lidmaatschap gedurende eenigen tijd bestaan, bijv. twee maanden. Na dien tijd gaat het verloren, om na terugkeer weer direct in te gaan. Aan een bepaalden termijn zal vastgehouden dienen te worden, ook al is de afwezigheid op langeren duur bepaald, daar tusschentijdsche terugkeer steeds mogelijk is, en bij ziekte al gauw neiging zal bestaan het vaderland weer op te zoeken, waar goedkooper geneeskundige hulp te verkrijgen is, dan wanneer men buitenslands zelf daarin moet voorzien.

Bestaan met een naburigen staat overeenkomsten wat betreft de wederzijdsche uitoefening der geneeskunst in grensgemeenten, dan kunnen deze gemeenten buiten het grondgebied van den staat gerekend worden te behooren tot het gebied van het aansluitende Nederlandsche zieken-

fonds, mits geen bezwaren voor de medische en andere controle aanwezig zijn.

Zorgt de overheid, rijk, provincie of gemeente voor de geneeskundige hulp, dan betalen zij ook de kosten voor het lidmaatschap, dus tijdens verblijf onder rijkstoezicht (gevangenis, rijkswerkinrichting, tuchtschool, rijksopvoedingsgesticht, enz.), ingevolge de wet op de besmettelijke ziekten, volgens de armenwet, w. o. ook gedurende de verpleging in krankzinnigengestichten. Bij deze laatste zal ook andere behandeling kunnen komen, die niet door de gestichtsartsen wordt verricht, en het is niet meer dan billijk, dat degene, die de psychiatrische behandeling betaalt, ook voor deze kosten opkomt. Deze behandeling kan met de psychiatrische al of niet samenhangen en een grens te trekken lijkt mij niet aangewezen.

Behandeling in rijksziekeninrichtingen zal het lidmaatschap niet verloren doen gaan, daar deze geheel vrijwillig is en door het fonds ook andere behandeling verstrekt kan worden; bovendien moet hiervoor ook betaald worden. Dit in tegenstelling met het verplicht verblijf in militairen dienst, hoewel de overheid in beide gevallen zijn medische ambtenaren hiervoor heeft.

Ieder is ingeschreven in het gebied van het fonds, waarin zijn woonplaats gevestigd is, welk laatste nader omschreven zal dienen te worden, in verband met rondtrekkende personen als anderszins.

Om de wetgeving werkelijk zoo „ideaal" mogelijk te maken, dat iedereen, die verzekerd is, ook geneeskundige hulp kan verkrijgen, wanneer hij die noodig heeft ook al verblijft hij in een ander gedeelte van het land, zal de verplichting dienen, dat men zich aldaar tijdelijk moet laten overschrijven, waarmede de fondsen elkaar in kennis zullen moeten stellen en bijv. een bewijs aan den verzekerde wordt gegeven, dat door hem vertoond moet worden. Men zal zich te houden hebben aan de regels voor het inroepen van geneeskundige hulp gesteld (zie later). Iemand werkt bijv. eenigen tijd in een ander gedeelte van het land, of gaat met vacantie uit zijn woonplaats, kinderen verblijven in een vacantiekolonie, een ander wordt opgenomen in een krankzinnigengesticht, enz. enz. In verband met de administratieve afrekening wordt die tijd op minstens een week gesteld. Verplichting zal noodig zijn vanwege de administratie.

Ieder kortdurend verblijf op te geven is natuurlijk ondoenlijk, en komen er in dien tijd spoedgevallen voor, ongelukken of andere acute gevallen, die hulp noodzakelijk maken, dan zullen deze natuurlijk steeds voor rekening van het fonds ter plaatse moeten geschieden. Wordt de duur der afwezigheid daardoor verlengd, bijv. door opname in een ziekenhuis, dan zal tijdelijk overgang op het andere fonds moeten plaats hebben.

Het is natuurlijk niet uitgesloten, dat er allerlei moeilijkheden bij deze regeling zullen kunnen worden opgenoemd. Maar om te beginnen zal er iets moeten worden vastgesteld en dan zal de praktijk verder leeren, hoe in details aanvullingen en verbeteringen kunnen worden aangebracht. De Rijksverzekeringsbank heeft in den loop der jaren ook wel, door ondervinding geleerd, verschillende wijzigingen in de uitvoering ingesteld. Medewerking der verzekerden zal in de eerste plaats noodig zijn, en strafbepalingen zullen wel niet kunnen worden ontbeerd, wanneer blijkt, dat men zich niet aan de verplichtingen houdt. Naast rechten staan ook plichten.

Leden zijn zij, die een zekere welstandsgrens niet overschrijden, benevens hunne gezinnen en de daarmede gelijkgestelden. Hieruit, volgt, dat ieder, die een bepaalde verdienste of inkomen heeft, waarmede hij in zijn onderhoud voorziet, zelfstandig lid van het fonds moet zijn en, zoo hij een gezin te zijnen laste heeft of als kostwinner optreedt, zullen ook de huisgenooten aangesloten moeten zijn. Wie dezer laatsten als zoodanig moeten worden opgevat, zal afzonderlijk geregeld dienen te worden, waarbij zoo ruim mogelijk toegepast.

Ieder gezinshoofd zoowel als zelfstandig verzekerde ontvangt een lidmaatschapskaart, voor een bepaalden tijd geldig, en waarop wekelijks de contributie kan worden genoteerd, voor hemzelf en voor allen, tot zijn gezin behoorend, te voldoen bij vooruitbetaling.

Het vaststellen van de *welstandsgrens* is een netelige kwestie, wanneer men die in een bepaald bedrag wil uitdrukken, en bijv. nagaan naar de mate van den aanslag in de inkomstenbelasting. Voor verschillende streken van het land zal deze niet gelijk zijn; tijdsomstandigheden doen haar invloed gelden. Met hen, die een vast salaris hebben,

zal de belastingambtenaar gemakkelijk klaar zijn; moeilijker is het de inkomsten na te gaan van hen, die wisselende verdienste hebben. Het al of niet gehuwd zijn, de grootte van het huisgezin, zal in aanmerking genomen moeten worden.

In de reglementen van verscheiden ziekenfondsen wordt een bepaald bedrag genoemd, dat als grens wordt genomen, waarbij schommelingen eromheen al dan niet scherp worden nageleefd. Ook in de wettelijke voorschriften worden getallen aangegeven; bijv. het ontwerp Ziekte- en Ongevallenwet 1925 noemt ƒ 8.— dagloon als maximum. De Commissie tot regeling der ziekenverzorging (1920) noemt ƒ 2500.— per jaar; het minderheidslid Kupers wil dit, tenminste voor de groote steden, op ƒ 3500.— gesteld zien.

Bij een billijke vaststelling der welstandsgrens zal met ieder geval op zichzelf rekening moeten worden gehouden. Om aan de bezwaren van geneesheeren en apothekers tegemoet te komen, „dat zij door de wet indirect zouden worden gedwongen personen met zulke inkomens, die in de kleinere plaatsen vaak tot de betrekkelijk welgestelden zijn te rekenen, te behandelen tegen de karige vergoeding, welke door ziekenfondsen voor de diensten van den geneesheer en den apotheker kan worden gegeven," stelt het wetsontwerp Treub voor, de grens te laten bepalen door Gedeputeerde Staten.

Het principe van afzonderlijke beoordeeling in ieder geval lijkt mij het meest rechtvaardig, welke taak aan de fondsbesturen zal moeten worden overgelaten, benevens het bepalen wie al of niet tot het gezin gerekend moeten worden, behoudens beroep, zoowel door aspirant-leden als van de zijde der deelnemers.

3. DE GENEESKUNDIGE HULP.

In het algemeen overzicht heb ik er reeds op gewezen, dat zekere grenzen aan de geneeskundige hulp gesteld moeten worden en dit behoeft ook geenszins met de volledige behandeling en nabehandeling in strijd te zijn. Er zal vooropgesteld moeten worden, dat die hulp noodzakelijk is. De duur zal door die noodzakelijkheid niet beperkt mogen worden. Ik stel mij dan voor, de volgende definitie te geven:

Onder geneeskundige hulp wordt verstaan de noodzakelijke en dan zoo volledig mogelijke geneeskundige behandeling en nabehandeling, welke noodig is voor het herstel, het behoud of de bevordering van een zoo goed mogelijke gezondheid, in verband met ieders levensomstandigheden.

Die behandeling zal omvatten de algemeen medische door huisartsen, die door specialisten, tandartsen, vroedvrouwen en heilgymnasten-masseurs,zoowel op hun spreekuur als ten huize der leden.

Aan ieder fonds zal een wijkverpleging verbonden moeten zijn.

Onder de behandeling is begrepen die in ziekeninrichtingen, en het verstrekken van genees- en verbandmiddelen, en van kunstmiddelen, welke daarbij noodzakelijk zijn, met het onderricht in het gebruik dier kunstmiddelen. Door het fonds zal zoo noodig voor ziekentransport gezorgd moeten worden.

Aan het ziekenfonds zal een medische controle-dienst annex zijn, die op een en ander toezicht uitoefent.

Daar het fonds gelegenheid moet bieden aan allen, die een zekere welstandsgrens niet overschrijden, met hunne gezinnen, en hieronder dus verschillende groepen van personen zullen vallen, zal niet gesproken kunnen worden, dat de geneeskundige hulp afhankelijk moet zijn van de geschiktheid tot het uitoefenen van een beroep of vak. Op den voorgrond moet staan het herstel en behoud en de bevordering van de gezondheid. Het voorkómen van ziekten, in het algemeen dus het terrein der prophylaxis, zal, in den beginne althans, niet tot den opzet behooren. Hier is het eind niet van te overzien; hoewel van groot belang met het oog op de te vervullen taak van het fonds, mede als machtig instituut ten behoeve der volksgezondheid, zal echter eerst het genezen en trachten te genezen in exploitatie moeten worden nagegaan. Dit is voorloopig al uitgebreid genoeg; mettertijd kunnen aanvullingen op prophylactisch gebied komen. Wel zal het later moeilijker zijn op groote schaal de gelden ervoor te vinden, doch een kostenberekening, waarmede in dit opzicht direct ook rekening gehouden wordt, zal niet uitvoerbaar zijn. In het verslag der staatscommissie Koolen tot regeling der ziekenverzorging wordt ook niet over de prophylaxis gerept;

§ 3 der Memorie van Toelichting zegt: „Het ontwerp regelt de ziekenverzorging in den ruimsten zin genomen, doch blijft beperkt tot den zieken mensch, zoodat maatregelen ter voorkoming van ziekten, hoe nuttig en noodig die ook mogen zijn, buiten het kader van het ontwerp vallen. Dit neemt niet weg, dat een goede toepassing van de wet ook tot voorkoming van ziekten leiden zal — al heeft zij meer in het bijzonder de genezing en het herstel van het zieke individu op het oog." Dit kan niet beter mijn bedoeling weergeven en lijkt mij, voorloopig althans, het eenige juiste standpunt.

Er zal rekening gehouden moeten worden met ieders levensomstandigheden, en geindividualiseerd, terwijl vastgehouden zal moeten worden aan de allereerste hoofdvereischte der te verstrekken hulp, dat zij strikt noodzakelijk zij. Onnoodige behandeling zal geweerd moeten worden hetzij direct door de deelnemers, hetzij door den medischen controle-dienst. Dit geldt bijv. voor het inroepen van hulp voor zuiver cosmetische effecten (verwijderen van tatouëeringen, enz.), bij het verstrekken van kunstmiddelen (tandprothesen uit schoonheidsoogpunt), voor dure behandelingsmethoden zonder vaststaand resultaat, voor genees- en verbandmiddelen, welker nut niet evenredig is aan de kosten (specialité's) en welker vervanging door andere even deugdelijke middelen net zoo goed kan geschieden.

Vooral zal dit moeten gelden bij de opname in zieken-inrichtingen, waaronder ook de sanatoria, welke alleen zal mogen geschieden, wanneer noodzakelijke geneeskundige behandeling of onderzoek in huis niet mogelijk is. Staan wij hier een oogenblik bij stil.

Onder de indicaties tot die opname spelen niet steeds overwegingen van medische zijde (al of niet vakkundige) een rol, doch ook sociale omstandigheden, en dan zal hier de wijkverpleging verbetering kunnen aanbrengen. Deze zal niet alleen door hulp in het huisgezin de duurdere en in dit geval onnoodige ziekenhuisverpleging kunnen voorkomen, doch ook zal de in vele opzichten moreel zoo gewenschte gezinsverpleging er door in eere kunnen worden hersteld. Het is bekend, hoe gemakkelijk er dikwijls toe wordt overgegaan eenige moeite thuis maar af te schuiven op het ziekenhuis, vooral wanneer een fonds

met eenigszins uitgebreide verzorging zijner leden hiertoe de gelegenheid biedt of de gemeenschap voor de kosten moet opkomen. Ter vervanging van de ziekenhuisverzorging zal de dagverpleging onder dezelfde voorwaarden verstrekt kunnen worden en ook hiermede zal weer naast een evengoede verzorging besparing van kosten kunnen worden verkregen.

Blijkt ziekenhuisopname niet noodig, doch bijv. hulp thuis niet aanwezig te zijn, dan zal toch de ziekeninrichting niet als een toevluchtsoord voor dezulken gelden. Het particulier initiatief zal hier moeten meehelpen. Evenals voor het verstrekken van versterkende middelen, het verwijderen van pasgeborenen van de tuberculeuze moeder („Oeuvre Grancher") e. d., hoewel in de toekomst sommige sociale vraagstukken onder de oogen zullen kunnen worden gezien.

Onder ziekeninrichtingen zullen dan verstaan worden inrichtingen, waar onder dagelijksch medisch toezicht, specialistisch als anderszins, behandeling en verpleging verstrekt wordt en het zal natuurlijk een vereischte moeten zijn, dat het nut van die behandeling de kosten eraan besteed, waard is.

Een afzonderlijke bespreking eischen de *herstellingsoorden*, om onder dien naam een veelhoofdig begrip samen te vatten. Zij kunnen een verschillende taak hebben. Allereerst kan men ze denken als aanvulling van het ziekenhuis. Patienten na ernstige ziekten, reconvalescentie na een operatie of herstellenden van de interne of andere afdeelingen zullen geen directe geneeskundige verzorging in het ziekenhuis meer noodig hebben, doch nog wel gedurende eenigen tijd onder medisch toezicht moeten blijven. Van verschillende zijden [1] is dit herstellingsoord met continu-verpleging, zooals er bijv. te Londen twee bestaan met ongeveer 3000 bedden, de „Convalescent Hopitals", verdedigd. Door zijn eenvoudigere inrichting zal op de hooge ziekenhuiskosten bespaard kunnen worden en de patienten zijn tevens onder geregeld medisch toezicht. De kosten blijken echter nog niet mee te vallen.

Daarnaast zijn de herstellingsoorden of rusthuizen voor hen, die geen speciale geneeskundige behandeling noodig

[1] o. a. Heijermans in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, Aug. 1923.

hebben, hetzij na ziekenhuisverpleging (Heyermans spreekt hier van de tweede phase in den overgang van ziekenhuis tot maatschappij), hetzij na doorgestane ziekten thuis.

Dan treden die herstellingsoorden op, waarin verblijf voor de patienten niet als nabehandeling geldt, doch de behandeling zelve ertoe leidt, dat deze ergens anders, aan zee, in bosch en heide, gezocht wordt. Hieronder hebben de kinderherstellingsoorden en vacantiekolonies, de uitzendingen naar buiten in het algemeen, gedeeltelijk de parkherstellingsoorden enz. zich een afzonderlijke plaats verworven, als middel om gedurende eenigen tijd elders nieuwe krachten te verzamelen.

Verder bestaan er inrichtingen voor hen, wier geestelijke of lichamelijke afwijkingen geen ziekenhuis- resp. gestichtsverpleging noodig maakt, doch wier aanwezigheid in het huisgezin op te groote moeielijkheden stuit (idioten, epileptici, rustige krankzinnigen, ouden van dagen).

Tenslotte is er die groep van lijders, als zwakzinnigen, drankzuchtigen, wier plaatsing in een inrichting therapeutisch en opvoedend kan werken.

Hoe moet het ziekenfonds tegenover al deze categorieën staan? Moet het de kosten ervan in het algemeen op zich nemen? Om te beginnen, waar zal de grens van noodzakelijkheid moeten worden getrokken? Ik kan mij voorstellen, dat hier nog verschillend over gedacht kan worden.

Zal men niet dikwijls meer kwaad dan goed hebben gedaan met het uitzenden van patienten, zoowel groote als kleine, wanneer na terugkomst in de maatschappij hun weer dezelfde omgeving wacht, waaraan zij voor een groot deel juist hun uitzending te danken hebben, met als gevolg ontevredenheid en daardoor weer een teniet doen van de bereikte resultaten? Wordt zelfs niet de overdreven sanatoriumverpleging van tuberculoselijders ook mede om deze redenen bestreden? Ik wil hier wijzen op de volgende stelling uit het proefschrift van Doyer [1]: „Bij de bestrijding der tuberculose als volksziekte behoort verbetering der gezinsverpleging vooraf te gaan aan uitbrei-

[1] J. J. Th. Doyer. Tuberculose en erfelijkheid. Diss. Gron. 1920.

ding der sanatoriumruimte, terwijl het daarbij onontbeerlijke huisbezoek moet worden opgedragen aan de gediplomeerde wijkverpleegster-huisbezoekster onder leiding van den huisarts", waarop zijn voorlooper Rietema ook reeds wees. Deze verdedigt [1] met statistische gegevens de meening, dat verhooging van het sociaal-hygienisch peil meer waarde heeft voor de tuberculose-bestrijding dan de dienst met consultatiebureaux e. d.

Ik wilde slechts even aanstippen dat op het noodzakelijke van allerlei opname nog wel eens wat zal knnen worden afgedongen. Mij dunkt, de ziekenfondsen zullen zich niet dan bij hooge uitzondering behoeven in te laten met hetgeen buiten de eigenlijke ziekeninrichtingen valt, en daarom ook al niet, omdat deze verstrekking verre boven hunne krachten zou gaan, wanneer er eenmaal mede begonnen wordt. Laten zij er zich toe bepalen door het geven van een zoo volledig mogelijke wijkverpleging voor hunne leden zoo nuttig mogelijk te werken tot herstel en behoud van de gezondheid.

Een goed ziekenfonds zal ook het ziekentransport onder de oogen moeten zien bij opname in ziekeninrichtingen. De fondsen zullen goed doen zich met bestaande wijkverplegingen en ziekentransportdiensten in verbinding te stellen ter nadere regeling; waar deze niet bestaan, zal het fonds zelf zoo noodig de zorg ervoor ter hand moeten nemen.

Met het bovengeschetste zal aan redelijke zoowel als aan noodzakelijke eischen van een goed ziekenfonds zeker wel kunnen worden voldaan. De hulp zal niet achterstaan bij hetgeen reeds door de Ongevallenwetten wordt verstrekt, terwijl ook de geneeskundige zorg der Invaliditeitswet er ruimschoots in zal opgaan. In het begin zal alles zoo goed mogelijk moeten worden aangepakt en verder late men het ziekenfondswezen zich ontwikkelen.

Van de leden zal de grootst mogelijke medewerking geëischt moeten worden. Er zullen bepalingen gemaakt moeten worden betreffende vergoeding bij slordigheid, nalatigheid of opzettelijke vernieling van verstrekte middelen (kunstmiddelen, artikelen der wijkverpleging),

[1] Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 1923. I blz. 1351.

wanneer dit blijkt; vergoeding in den vorm van staangeld zal moeten worden geheven van flesschen, potten e.d. in de apotheek. Zij zullen verder zelf voor het afhalen en terugbrengen moeten zorgen. Tochten voor behandeling in de stad zullen door de fondsen niet vergoed worden. Op het gebied der receptuur zal naast de noodzakelijkheid door het betrachten van spaarzaamheid onnoodige verspilling moeten worden tegengegaan. Het verdient aanbeveling beperkende bepalingen voor de verstrekking vast te stellen, zoowel wat den aard als de hoeveelheid betreft. Dit laatste heeft een niet onaardige besparing opgeleverd, waar het ingevoerd werd, doordat er anders veel ongebruikte geneesmiddelen verloren gingen. Er zal een lijst worden opgesteld, waarop voorkomen de middelen, die zonder nadere toestemming kunnen worden verstrekt. Hoewel natuurlijk ieder medicus vrij is in zijn receptuur, leert de praktijk toch ook, dat daar waar door henzelf een apotheek beheerd wordt, meer op de spaarzaamheid gelet wordt dan door hen, die deze zorg niet kennen. Het fondswezen zal goed doen hier algemeene regels te geven. Voor exceptioneele preparaten zal afzonderlijke toestemming noodig zijn.

Wat de verstrekking van kunstmiddelen betreft zou het het mooiste zijn, dat geen beperking werd vastgesteld, doch wel strenge controle van den geneeskundigen controle-dienst op de verstrekking en eventueele vernieuwing. Ieder geval zou dan op zichzelf beoordeeld moeten worden in den geest der wetgeving. De praktijk heeft echter geleerd, dat dit niet mogelijk is vanwege de kosten. Eenmalige volledige verstrekking met strenge controle op de noodzakelijkheid zal echter in den grooten exploitatie-opzet niet tot de financieele onmogelijkheden behooren. Men vergelijke hiervoor bijv. de desbetreffende verstrekking door den Bond van Rotterdamsche ziekenfondsen en door het ziekenfonds Hengelo (O); voor het laatste in de jaarverslagen 1922/1923 en 1923/1924. De verstrekking zal rechtstreeks door het fonds geschieden op voorschrift der deelnemers. Hetgeen bijv. ergens in een fondscontract staat, dat de levering ook door de specialisten kan geschieden, lijkt mij niet aan te bevelen.

Aan het ziekenfonds zal de zorg voor de vaccinatie niet behooren te worden opgedragen. Dit is toch een overheids-

zaak en als zoodanig op te vatten. Art. 18 der Wet op de besmettelijke ziekten bepaalt: „In elke gemeente wordt door de zorg van het gemeentebestuur éénmaal in de drie maanden gelegenheid gegeven tot kostelooze inenting en herinenting." Het Rapport over de ziekenverzorging (1920) spreekt er dan ook niet over.

Geen geneeskundige hulp zal natuurlijk verstrekt worden, wanneer men daarop geen recht heeft en aan hen, die uitgezonderd zijn van het lidmaatschap, zoowel tijdelijk als blijvend, als voren omschreven. Willen de leden andere, dan de door het fonds verstrekte hulp, dan zullen zij die zelf moeten bekostigen. Zij zullen tevreden moeten zijn met hetgeen het fonds hun verstrekt en dit zal overigens niets te wenschen overlaten. Komen er conventioneele overwegingen bij, dan zullen zij op eigen kosten, hetzij door aanvulling, erin moeten voorzien. Wil men zelf geheel de behandeling betalen of valt deze om andere redenen buiten de fondsbemoeiing, dan zal hiertegen geen bezwaar bestaan, doch de bepalingen der wet, die de uitkeering regelen in verband met de arbeidsgeschiktheid, zullen nagekomen dienen te worden, tenzij men van deze uitkeering gedurende dien tijd wil afzien. In de praktijk wordt soms bepaald, dat onder behandeling voor eigen rekening ook begrepen is het klaarmaken van de recepten (Utrecht).

In dit verband dient ook de zoogenaamde *wachttijd* besproken te worden. Art. 120 der Ziektewet bepaalt den wachttijd op één maand voor ziekten en op zes maanden voor bevallingen. De commissie-Koolen wil dezen eersten termijn in overeenstemming met het bij de meeste fondsen geldende op veertien dagen ingekort zien. Om onnoodige hardheden te voorkomen zondert zij uit plotseling ontstane ziekten of ontijdige bevallingen. Er valt echter alles voor te zeggen den wachttijd geheel af te schaffen, wat voor de in te roepen verloskundige hulp geen bezwaar behoeft te zijn, wanneer deze geheel onder de gewone geneeskundige behandeling valt zonder afzonderlijke contributiebetaling. Wanneer er toch uitzonderingen op den wachttijd zullen moeten bestaan, zal de moeite, die genomen moet worden om deze vast te stellen, niet opwegen tegen de werkelijk geringe financieele bedragen ten opzichte van den grooten exploitatieopzet. Daar ieder bo-

vendien verplicht verzekerd moet zijn, is er geen reden om te vreezen, dat men zich pas zal opgeven, als de nood in het huishouden komt. In dit laatste geval heeft de wachttijd in de kleine fondsen reden van bestaan.

De deelnemers.

Door de verschillende categorieën, artsen, tandartsen, apothekers, vroedvrouwen en heilgymnasten-masseurs zal de gelegenheid tot behandeling aan volledigheid niets te wenschen overlaten, mede wanneer daarbij een goed ingerichte wijkverpleging zal bestaan. De deelnemers zullen natuurlijk bevoegd moeten zijn en, zooals de gebruikelijke term luidt, te goeder naam en faam bekend. De controle op die bevoegdheid zal aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid zijn. Dit zal eveneens moeten gelden voor buitenlandsche doktoren in grensgemeenten, wanneer daaromtrent tusschen ons land en den nabuur overeenkomsten bestaan. De Rijksverzekeringsbank heeft op het oogenblik ook ingeschreven Belgische en Duitsche deskundigen. Uit het bovenstaande volgt, dat ook voor heilgymnasten-masseurs een Staatsdiploma behoort te worden ingesteld, waardoor aan hunne reeds jaren bestaande gegronde verlangens eindelijk zal worden voldaan.

Voor de artsen zal gelden de onderscheiding in huisartsen en specialisten en m. n. zal er voor de z.g. halfspecialisten geen plaats zijn. Het zal goed zijn, dit van den beginne af aan te bepalen, opdat moeilijkheden met reeds als zoodanig gevestigden worden voorkomen. Reeds gevestigde half-specialisten zullen dus moeten kiezen. Door het voorkomen van groote fondsen zal er voor de specialisten als zoodanig gelegenheid zijn een bestaan te vinden, welk bezwaar nu meestal een reden is, dat zij half huisarts, half specialist zijn. Een moeilijkheid zal er bovendien ook door ontstaan, wanneer zij als huisarts een verwijzingsbriefje zullen moeten geven voor zichzelf, als specialist, wanneer dit noodig is, hetgeen misbruiken in de hand zal werken.

De vraag zal kunnen worden opgeworpen, hoever het specialisme in het algemeen zal moeten worden uitgestrekt. Onder specialisme zal men te verstaan hebben het uitsluitend uitoefenen van een bepaald onderdeel

der geneeskunst, dat door het gebruik als zoodanig erkend is. Zal het fonds nu aan alle uitwassen op dit gebied en aan liefhebberijen van bepaalde onderzoekers een behoorlijke inkomste moeten verschaffen? In geenen deele; men neme de hoofdspecialismen, waarmede aan een aan niets ontbrekende hulp voldaan zal kunnen worden en houde hiermede rekening. Wil men in de praktijk nog nader onderverdeelen, dan zal dit den specialisten zelf, het fonds echter niet aangaan.

Aan apothekers-assistenten de verantwoordelijkheid voor het verleenen van alle pharmaceutische hulp te geven, zal niet in orde zijn. Er is voorgesteld, dat ten platte-lande kleine apotheken zouden worden opgericht, die onder hunne leiding zouden staan, af en toe gecontroleerd door apothekers. Hier is slechts de apotheekhoudend-geneeskundige de aangewezen deskundige.

Evenmin zal aan tandtechnici een zelfstandige behandeling behooren te worden opgedragen.

Hoewel dit ook voor de heilgymnasten-masseurs zal moeten gelden, zal het toch goed zijn, dat voorgeschreven wordt, dat door de fondsen in deze hulp verplicht zal moeten worden voorzien. De heilgymnastiek en massage vormen een veel voorkomend onderdeel der geneeskundige behandeling. De opleiding der artsen laat op dit gebied nog veel te wenschen over, begrijpelijk in zooverre, dat bij het geweldig uitdijen der geneeskundige wetenschap niet gevergd kan worden, dat de beoefenaar alles onder de knie heeft. Vooral de orthopaedie en ongevallengeneeskunde hebben gewezen op het groote belang van deze behandelingswijzen, om andere indicaties nog buiten beschouwing te laten. Voor den medicus, die er zich niet speciaal op toelegt, nog afgescheiden van de installatie, die ertoe noodig is, is het overlaten van die aanvulling in zijn behandeling onder zijn aanwijzing en toezicht op den huidigen dag een vereischte; door een regeling van overheidswege zal de hulpverleening er bovendien aan deskundigheid door winnen. Trouwens de praktijk leert wel, dat met en zonder zijn voorkennis het werk van verschillende soorten heilgymnasten-masseurs in het dagelijksch leven een zekere bloei bereikt heeft.

In 1898 kwam een commissie uit de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, die het

vraagstuk dezer hulpverleening tot voorwerp van onderzoek had, tot de conclusie, dat de „uitoefening" der massage en geneeskundige gymnastiek uitsluitend aan geneeskundigen moest worden opgedragen; dat er verbetering moest komen in de opleiding van dezen tak der wetenschap; dat inmenging van staatswege ten opzichte van de te verleenen hulp bij de „toepassing" dezer behandeling overbodig te achten was.

In 1921 komt een nieuwe commissie uit dezelfde Maatschappij tot ruimer opvattingen, hoewel door haar het Staatsdiploma nog niet aangedurfd wordt. In de toelichting wordt o. m. het volgende gezegd: „Sedert het laatste rapport uitgebracht is, zijn meer dan 20 jaar verloopen en is het in dien tijd gebleken, dat de toepassing der heilgymnastiek en massage als universitair studievak niet tot ontwikkeling is gekomen, dat er slechts een enkele arts in ons land is, die de toepassing der heilgymnastiek en massage tot zijn specialistisch werk gemaakt heeft. Bekend is het, dat door huisartsen en specialisten een ruim gebruik gemaakt wordt van de hulp van heilgymnasten en masseurs. Hoezeer de commissie het ook zou toejuichen, indien heilgymnastiek en massage slechts door artsen, die zich daarvoor bekwaamd hadden, werd toegepast, toch meent zij, dat rekening gehouden moet worden met den bestaanden toestand. De commissie acht het in het belang van een goede geneeskundige verzorging, dat de heilgymnasten en masseurs, van wier diensten gebruik gemaakt wordt, theoretisch en praktisch zoo goed mogelijk onderlegd zijn. Eenige leden der commissie hebben het examen van het genootschap in Januari j.l. bijgewoond en alle commissieleden hebben kennis genomen van het schriftelijk examenwerk. Terwijl het een ieder vrij staat zich als heilgymnast-masseur te vestigen, onverschillig of en hoe hij daarvoor opgeleid is, acht de commissie het van groote beteekenis, dat de leden der maatschappij ingelicht kunnen worden door hun vertegenwoordigers, die het door het genootschap voor heilgymnastiek en massage ingestelde examen bijwonen. Het instellen van een staatsdiploma meent de commissie te moeten ontraden, zij acht dit niet noodig indien haar advies opgevolgd wordt en zij vreest, dat daardoor — zoowel door de artsen als door de heilgymnasten — zou worden vergeten, dat de indica-

tie tot behandeling en de bijzondere aanwijzingen daaromtrent bij den geneesheer behooren te berusten."

Erkennende, dat allerlei charlatannerie op dit gebied bestaat, zal men dit juist met een staatsdiploma kunnen tegengaan. Men bereikt er dan mede, dat aan de ziekenfondsen allerwege ter zake kundige deelnemers verbonden worden, wat zijn terugslag weer zal hebben op het overige publiek. Bovendien zal door de fondsen vastgesteld moeten worden, dat de hulp niet zonder aanwijzing van den arts zal kunnen geschieden. Waar in andere landen (o. a. Zweden, Pruisen, Zwitserland) reeds de staatsbul bestaat, behoort ook hier de gelegenheid ertoe opengesteld te worden. Een regeling zal voor de overheid geen al te groote moeite veroorzaken, daar aan de exameneischen vanwege het genootschap groote zorg besteed wordt. Onder des apothekers toezicht bestaat ook het wettelijk getuigschrift voor zijn helper, den apothekersassistent; het verpleeg-diploma sluit toch ook het hulpverleenen onder geneeskundig toezicht in.

Door het verbinden der wettelijk erkende heilgymnasten-masseurs aan de ziekenfondsen zal dan een uniforme regeling ontstaan, waar nu op verschillende wijzen, deskundig en niet, „gepraktiseerd" wordt. Bovendien zal er tevens voorzien worden in een groote behoefte, dat ook buiten de voornaamste centra deze hulpverleening kan gevonden worden, zooals de ervaring mij zelf meer dan eens geleerd heeft. Het wettelijk geregelde ziekenfondswezen behoort in deze hulp even goed te voorzien als bijv. in verloskundige en andere.

Volgens de wet is ieder arts bevoegd de geneeskundige praktijk in zijn vollen omvang uit te oefenen en hoewel het specialisme in de laatste jaren enorm vooruitgegaan is, bij de opleiding wordt aan die algemeene eischen vastgehouden. Nu zal niet ieder huisarts begeeren zijn patienten zooveel mogelijk te helpen, wanneer hij op specialistisch terrein komt; uit allerlei overwegingen laat de een meer over dan de ander. In de steden is de gelegenheid gemakkelijker hen naar een specialist te verwijzen dan op het platteland. Bovendien ziet het publiek dikwijls alleen heil in het raadplegen van den specialist en oefent zijn invloed daarop uit. Zoo is de medische beteekenis van

den huisarts langzamerhand teruggegaan; men ziet het bosch niet meer door de boomen. Indien de wetgeving kon medewerken deze richting in de geneeskunde in haar overdreven verkeerdheden tegen te gaan, zou zij hiermede groot nut stichten. Er worde bepaald, dat specialistische hulp, ook die van tandartsen en natuurlijk die van heilgymnasten-masseurs, slechts verleend mag worden op advies van den huisarts. Deze kan dan ook geheel op de hoogte van den toestand van den patient blijven, waarbij soms ongewenschte gevolgen door het verzwijgen van door anderen ingestelde behandeling, vermeden kunnen worden.

Er zal nu aangevoerd worden, dat het theoretisch heel mooi klinkt „dat de huisarts door de wet bevoegd verklaard is om alles te doen en hij dus zelf moet weten hoever hij gaan kan" [1], doch dat de praktijk, en niet alleen bij de Ongevallenwetten, wel bewezen heeft, „dat wij hoe langer hoe verder van die algemeene bevoegdheid verwijderd raken" (van Eden t. a. p.); dat dus de huisarts onmogelijk op het geheele uitgebreide gebied der geneeskunst de beoordeeling kan hebben, wanneer de patient naar den specialist gezonden moet worden, wat dikwijls veel te laat zou voorkomen, tot schade voor diens gezondheid. Ook het omgekeerde komt voor, dat het bezoeken op eigen gelegenheid van achtereenvolgens verschillende specialisten den patienten meer kwaad dan goed doet. Den goeden huisartsen is dit een doorn in het oog. Met den vrijen loop naar den tuberculose-arts kweekt men dikwijls een zekere tuberculosophobie, die door den huisarts kan worden voorkomen. Het ingeschreven zijn op een consultatie-bureau, alleen al door het feit, dat men zich aanmeldt, en dan dikwijls na geruimen tijd nog eens terug moet komen, doet velen al ten onrechte op zichzelf het stempel drukken van deze gevreesde ziekte. Velen huis-artsen zou het ook onverschillig zijn, wat er verder door de specialisten met hunne patienten geschiedt. Dit neemt niet weg, dat velen er anders over denken.

De praktijk heeft echter geleerd, dat men niet buiten de hierboven aangehaalde regeling kan. De bepalingen in het contract tusschen de Nederlandsche Maatschappij

[1] van Eden, Geneesk. Tijdschrift der R. V. B. Sept. 1922.

tot bevordering der Geneeskunst en de ziekenfondsen te Utrecht (1925) omtrent het verstrekken van specialistische hulp (verwijs- en herhalingskaarten, consult) zijn ook geheel in mijn gedachtengang over de positie, die de huisarts behoort te hebben. En bij allerhande verschil van meening dient duidelijk beroep open te staan.

Tegen het maar klakkeloos inroepen van allerlei specialistische hulp, wanneer dit wordt toegestaan, zal een rem aangelegd moeten worden. Zoo bijv. voor vrouwen- en kinderziekten, waar alleen voor het publiek de qualificatie „vrouw" en „kind" geldt en niet het ziektegeval zelf. Hier dient de huisarts alleen te beslissen. In het Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde (1924 II blz. 2040) heeft H. Pinkhof in een artikel „Huisarts en Kinderarts" hierop nog eens zoo raak gewezen. Maar ook voor de honoreering der specialisten e. a. zelf zal men niet buiten de „distributie" door de huisartsen kunnen. Dit laatste zal bij de honoreering in het algemeen, besproken worden.

Rechtstreeksche wending tot den specialist, op eigen kosten, wanneer de huisarts weigert, lijkt mij niet aan te bevelen. Dit opent weer de deur tot allerlei zijdelingsche raadpleging van den specialist, en wil men de bepaling erbij maken, dat daarna het geval onderzocht kan worden dan is het aanbevelenswaardiger bij verschil van meening tusschen huisarts en patient beroep op een derde in te stellen. Hiervoor zal dan de controleerend-geneeskundige dienst aangewezen zijn, die bovendien door het in aanraking komen met vele verzekerden voor geldelijke uitkeering, toch al controle op de behandeling zal hebben. De goede huisartsen zullen dit beroep niet schuwen.

Maar ook om een andere reden zal het briefje van den huisarts noodig zijn, voor het tegengaan van misbruiken. Kent de huisarts zijn ingeschreven patienten wel meestal allemaal, de specialist, resp. tandarts, die ze een enkele keer, soms eens in de zooveel jaren ziet, zal daardoor betere waarborg hebben, dat werkelijk diegenen hun hulp inroepen, die daarop recht hebben, en niet met de geleende lidmaatschapskaart van een familielid of kennis aankomen. Wat nu voor fondsen in groote steden al moeilijkheden oplevert, zal bij een regeling over het geheele land nog meer gelden. Dan zal voorkomen worden, dat men bijv. maar eens op zichzelf een specialist of tandarts in

een andere stad bezoekt of diens hulp inroept. Deze kent den patient niet en is te goeder trouw, dat hij voor rekening van het fonds, waaraan hij verbonden is, behandeld kan worden. De huisarts, tot wien de patient zich eerst moet wenden, zal dit spoediger kunnen ontdekken. Deze ontvangt bovendien wekelijks opgaaf van de veranderingen der bij hem ingeschreven leden.

Voert men het systeem van verwijskaarten e.d. in, dan zal dit billijkheidshalve voor alle categorieën moeten gelden zonder uitzondering. Spoedgevallen zullen uitgezonderd kunnen worden, waarna de huisarts bericht ontvangt van de behandeling.

Ook hier zal uit de praktijk weer de beste regeling moeten voortkomen.

De hulp door de *wijkverpleging*, in het algemeen door het instituut huisbezoekster te verstrekken, vergt ook een korte toelichting. De wijkverpleging kan over het grootste gedeelte van het land als ingeburgerd beschouwd worden, haar plaats in het ziekenfondswezen staat wel boven twijfel vast. De huisartsen, die de wijkzuster uit concurrentie in hun praktijk niet gaarne zien, zullen bij een vaste honoreering hunne bezwaren wel laten vallen. Zal de algemeene, goed onderlegde, ervaren wijkverpleegster in de huishoudens een welkome hulp zijn, hier dreigt door differentiatie en specialisatie echter een groot nadeel voor dit nuttige instituut in het algemeen, op te treden. Wil men aan de uiterste stroomingen voldoen, dan zien wij naast de gewone kruiszuster de tuberculose-enquêtrice, de kraamverpleegster, de zuigelingenhuisbezoekster, de schoolverpleegster, de voedingszuster op de gezinnen losgelaten, waarbij nog komen de woning-enquêtrice en de zuster voor maatschappelijk werk. Hoe mooi dit theoretisch ook lijkt, hoe de behoefte soms noodig mag blijken, en men het recht van ieder onderdeel dezer gezinshulp ook tracht op te eischen, in de praktijk zal men met deze uitersten juist het tegengestelde bereiken; tegenzin inplaats van waardeering zal er het gevolg van zijn. En de gevolgen voor de medische verzorging der betrokkenen zelf? Elke zuster heeft weer haar eigen chef. De wijkverpleegster werkt samen met den huisarts; de tuberculosezuster handelt in overleg met het consultatie-bureau, resp. met den longspecialist; de zuigelingenzuster en de kleuter-

zuster komen in opdracht van haar poliklinieken; de schoolverpleegster wordt door den schoolarts uitgezonden; verder wordt de zuster met haar speciale diploma voor zenuwverpleging erbij gehaald; waar schooltandartsen komen, zal weer een speciaal terrein van andere bemoeiingen geschapen worden, enz. Verschillende raadgevers en raadgeefsters in één gezin, wier opvattingen wel niet steeds overeen zullen komen, met daarbij het groote bezwaar, dat de hoofdpersoon, de huisarts, uitgeschakeld zal worden. Wanneer de menschen eenmaal den loop zullen hebben naar allerlei bureaux of door verschillende instituten bewerkt zullen worden, zal er van overleg met en kennisgeving aan hem niet veel meer terecht komen.

Allerlei bezwaren dus, die, hoe nuttig en noodig elke raadgeving afzonderlijk in het gezin ook moge zijn, niet over het hoofd gezien mogen worden, en die tenslotte een resultaat zullen hebben, dat niet aan het doel beantwoordt. Met deze opmerkingen is het geenszins mijn bedoeling den nuttigen arbeid van elk dezer speciale richtingen af te breken en de bereikte resultaten over het hoofd te zien. Het zij slechts mijn doel voor overdreven uitwassen te waarschuwen, die het nut van elk afzonderlijk noodzakelijk in discrediet zullen brengen; want dit wordt er mettertijd het natuurlijk gevolg van wanneer het publiek door allerlei „specialistische" zusters bewerkt zal worden. Men kan van het goede ook te veel krijgen.

Men geve de leiding aan den huisarts, bijgestaan door de zoo uitgebreid mogelijk onderlegde wijkverpleegster, die naast het volledige diploma het radicaal voor tuberculose- en zuigelingenhuisbezoekster en voor zenuwverpleging zal moeten hebben verworven. Voor het platteland zal hierin een oplossing gevonden kunnen worden in het aldaar vele bezwaren met zich meebrengende vraagstuk der sociaal-geneeskundige verzorging. Door haar werkkring zal eenheid in de medische verzorging bevorderd worden. Aan den huisarts de beslissing, waar verschillende medische hulp zal moeten worden ingeroepen, waartoe de aan elk fonds verbonden specialismen gelegenheid zullen bieden. De zuster zal door haar werkzaamheid in een bepaald rayon de gevallen kunnen opsporen en verder nagaan, wat zijn groote voordeelen heeft. Worden door den schoolarts afwijkingen geconstateerd,

die hulp en verzorging behoeven, dan zal via den huisarts door de wijkzuster hiervoor kunnen worden gezorgd. Overheids- en andere instellingen zullen hare bestaande poliklinieken en consultatie-bureaux ter beschikking der ziekenfondsen kunnen stellen voor specialistisch consult, resp. voor eventueele behandeling.

Het naar voren gebrachte is natuurlijk slechts een algemeen schema, dat met die enkele woorden lang niet uitgeput is. In den geest van het bovenstaande is bijv. de naar mijn meening juiste minderheidsopvatting der Heeren Heyermans e. a. in het Verslag der Staatscommissie inzake Tuberculose (1922), waar zij de taak van het consultatie-bureau bespreken (blz. 171 e. v.). Ook door anderen is op de „concentratie van hulpverleening" gewezen [1]. Wat het instituut wijkverpleging en huisbezoek betreft, was het mijn bedoeling er den nadruk op te leggen, dat de taak van het ziekenfonds in deze zal zijn eenheid op de basis van zoo breed mogelijk opgezette uitvoering. Wat zal er tegen zijn, dat de opleiding der wijkverpleegster er wat langer door zal worden?

De zorg voor de verstrekking van verplegingsartikelen zal in de wijkverpleging begrepen moeten zijn.

D e d e e l n e m e r s k e u z e.

Een kwestie dringt zich naar voren, waartoe vroeger misschien meer reden was, waarvan een oplossing echter moeilijker wordt door de inmiddels gewijzigde omstandigheden, bovendien ook uit een financieel oogpunt voor het ziekenfonds moet worden bezien, in allen gevalle in de wetgeving niet met een enkele uitspraak kan worden opgelost. Ze is deze: Zullen de verzekerden zelf hun dokter e. a. mogen kiezen uit hen, die zich in de vrije maatschappij gevestigd hebben, of zullen ze, zij het dan beperkt, genoegen moeten nemen met aangewezen deelnemers? M. a. w. zal er vrije artsen- en andere keuze zijn of niet?

In het begin der ziektewetvoorstellen (Kuyper) was deze kwestie een punt van bespreking in een buitengewone algemeene vergadering der Ned. Maatschappij t. b. d. Geneeskunst op 25 Maart 1905, waarin met algemeene stem-

[1] Zie o. a. het verslag van het 27e Congres voor Openbare Gezondheidsregeling te Haarlem.

men zonder lange gedachtenwisseling het praeadvies van het hoofdbestuur werd aangenomen, behelzende het principe der vrije artsenkeuze. De Ziektewet Talma in 1913 bleek hiermede in art. 122 echter geen rekening gehouden te hebben; vrije artsenkeus, al dan niet beperkt, was toegelaten, doch geen vereischte. In het daaropvolgende ontwerp Treub werd er echter aan tegemoet gekomen, en de vrije artsen- en apothekerskeuze verplichtend gesteld,eensdeels om den „geneeskundigen en apothekers te steunen in hun strijd om het hooghouden van hun kunst, en voor het maatschappelijke aanzien harer beoefenaars, maar ook ter wille der goede verzorging van de algemeene volksgezondheid." In het ontwerp „Ziekenfondswet" weer niet.

Het principe, dat ergens alle gevestigde doktoren zich aan een ziekenfonds ter plaatse zullen kunnen verbinden, en de leden hunne keuze uit hen kunnen doen, lijkt op het eerste gezicht vanzelfsprekend; het vertrouwen, dat de menschen hebben in hun zelf gekozen medicus zal aan de behandeling ten goede komen. Of het publiek in zijn keuze echter zich door zijn voorliefde steeds laat leiden en ook kan laten leiden, is een andere zaak. Practische en godsdienstige overwegingen zijn wel dikwijls de hoofdzaak. Men kiest een dokter, die het dichtste bij woont, die de gemakkelijkste spreekuren heeft, die het goedkoopst is. In de eene straat blijkt die dokter het meest voor te komen, in de volgende weer een andere. Op het platteland is er voor de menschen in den regel van keuze geen sprake, zoowel om financieele als andere redenen. Nu komen uit economische overwegingen (door betere geneeskundige behandeling; het vermijden van werkverzuim) groote fabrieken en bedrijven met hun stelsel van vaste fabrieks-, bedrijfs- of mijnartsen op ongevallengebied, die binnen het overigens ingevoerde stelsel van vrije artsenkeuze behandelingen verrichten, die nu wel specialistisch kunnen zijn, doch voor een groot gedeelte door den vrij gekozen huisarts evengoed kunnen worden verricht. Andere groote ondernemingen richtten een ziekenfonds op voor hun personeel om in zoo goed mogelijke geneeskundige behandeling hunner werknemers te kunnen voorzien, tot beider voordeel, met vast aangestelde doktoren. Soms worden er door een fonds doktoren aangesteld of contracten met bijv. tandartsen, specialisten

gesloten, poliklinieken opgericht (In het rapport over de ziekenfondsen te Amsterdam werd dit door de Commissie zelf verdedigd; 1900). Zeker, er komen soms ongewenschte toestanden voor, doch komt in al deze gevallen, waarin van vrije keuze der menschen geen sprake is een goede behandeling niet tot zijn recht, of wordt de goede verzorging der algemeene volksgezondheid geschaad? Volgens den Directeur van den Gem. Gen. Dienst te Amsterdam is de vrije artsenkeuze voor geneeskundig bedeelden in groote gemeenten slechts zeer beperkt mogelijk [1]. Soms wordt voorgesteld de vrije artsenkeuze weer door de verplichte te vervangen [2].

Wij weten toch ook allen, dat het kiezen van een dokter dikwijls een mode is, van de grillen van het publiek afhankelijk. Waar de vrije artsenkeuze bestaat is het noodig gebleken weer een rem aan te leggen in het bepalen van een maximim aantal ingeschreven leden per deelnemer, terwijl om andere uitersten te voorkomen door de wispelturigheid van ziekenfondsleden, verandering van huisarts slechts na een bepaalden tijd kan plaats hebben. Bovendien dient den medicus ook het recht gegeven te worden leden te weigeren, die zich bij hem laten inschrijven (de z.g. vrije patientenkeuze tegenover de vrije artsenkeuze); dit kan om persoonlijke zoowel als om bijkomstige redenen zijn.

Is de vrije artsenkeuze principieel beschouwd iets heel moois, praktisch laat zij zich van een geheel anderen kant bekijken en haar voor alle gevallen te verdedigen gaat niet op. Zoo komen de bezwaren, die het publiek tegen de fondsdokters in het algemeen heeft, zoowel voor bij de vrije artsenkeuze als bij de aangewezen geneeskundigen.

De vrije keuze van ziekenhuis en specialistische, zoowel poliklinische als klinische behandeling wordt ook niet weinig door allerlei bijkomstigheden beinvloed. Ook zonder het dichotomie-stelsel zal er invloed van den huisarts op de keuze van den specialist kunnen zijn. Vele ziekenhuizen hebben vaste specialisten aan zich verbonden, zoodat aan de vrije keuze der patienten eensdeels of anderdeels een zekere beperking opgelegd wordt. Er komen dus

[1] Sociale Medisch Maandschrift 1922 no. 6.
[2] Jaarverslag 1923. G. G. D. Hilversum.

allerlei factoren bij, die de keuze van geneesheer praktisch bepalen.

Ook voor de andere deelnemers zal hetzelfde gelden. In het bijzonder verzetten de apothekers zich tegen de apotheken in eigen beheer der fondsen. Door de eigen exploitatie zouden de belangen der verzekerden niet goed behartigd kunnen worden; de apotheken zouden overbelast en de verantwoordelijkheid door den apotheker niet gedragen kunnen worden. Mocht dit soms plaats hebben, ook in particuliere apotheken zal dikwijls veel overgelaten worden. Dan zou te ver doorgevoerde concentratie een ongerief voor de huisgenooten of buren der patienten zijn, doch hiertegen kan gewaakt worden en zal juist door het zelfbeheer goed onder de oogen kunnen worden gezien. Verder zal de vrees voor inmenging van het fondsbestuur op de te verstrekken phamaceutische middelen ondervangen worden, wanneer de medische controle-dienst hierin zoo noodig het bestuur als adviseur ter zijde staat. In de praktijk is het bezwaar tegen eigen fondsapotheken uit een oogpunt van volksgezondheid wel niet gebleken en de economische kant zal voor het fondswezen daarbij niet van belang ontbloot zijn.

Hoe zal de wetgever nu tegenover de artsenkeuze, enz. moeten staan?

„Absoluut" vrije keuze zal wel niet mogelijk zijn, ook al niet omdat dan de grootst mogelijke administratieve ingewikkeldheid zou ontstaan. Door de voorstanders wordt dan ook van „beperkt" vrije artsenkeuze gesproken. Deze worde toegelaten, niet geëischt. Alle te goeder naam en faam bekend staande artsen e. a. zullen zich aan het fonds kunnen verbinden. De verzekerden zullen hun keuze kunnen doen uit alle ter plaatse of in de naaste omgeving gevestigde ingeschreven deelnemers. Hiervan zal kunnen worden afgeweken, wanneer om redenen van praktischen of economischen aard deelnemers voor bepaalde hulpverleening zijn aangesteld of eigen exploitatie van een en ander geschiedt. Zoo bijv. vaste gevangenisdoktoren, event. bepaalde wijkdokters, wijkvroedvrouwen, bij het instellen van het instituut van bedrijfsartsen, wanneer fondsapotheken bestaan of bij anderen dan apothekers heel- en verbandmiddelen betrokken worden, enz. Aan bestaande toestanden zal aanpassing dienen te geschieden.

De bedrijfsartsen zullen gelden als specialisten.

De verzekerden zullen het recht hebben eens per jaar zonder kosten op de gedane keuze terug te komen, terwijl tusschentijdsche verwisseling mogelijk zal zijn voor hun eigen rekening. De deelnemers zullen daartegenover het recht hebben verzekerden te weigeren, en wat de huisartsen betreft, verloskundige behandeling over te laten aan vroedvrouwen, voorzoover deze wettelijk mogen gaan.

Op naam der deelnemers-huisartsen zal een maximum aantal verzekerden mogen worden ingeschreven, al naar de plaatselijke toestanden vast te stellen. De deelnemers zullen het recht hebben naast hun fondspraktijk particuliere praxis uit te oefenen. Het maximum aantal verzekerden voor den huisarts, die eventueel alleen ziekenfondpraktijk wil uitoefenen, zal hooger gesteld kunnen worden volgens plaatselijke regeling.

Er zal een duidelijk omschreven wettelijk *beroep* worden ingesteld.

Het vorenstaande vergt nog eenige toelichtingen en opmerkingen. Een en ander zal meebrengen, voor zoover er dus niet in bijzondere gevallen van afgeweken wordt, onbeperkte vrijheid van deelname door deskundigen, zonder het verplichte lidmaatschap van een vakvereeniging. Er is beweerd, dat te groote toevloed van geneeskundigen tot gevolg zou hebben, dat vooral onder de doktoren met een kleine praktijk voortdurend een drang zou ontstaan naar een hoogere salarieering. Dit zal het fondswezen niet aangaan. De „bestaansmogelijkheid" van een eventueel teveel aan geneeskundigen zal zichzelf maatschappelijk moeten regelen, daar kan de knapste sociaaleconoom toch nooit een oplossing voor geven.

Het maximum aantal zielen per huisarts is een getal, dat wisselend is in de bestaande gevallen en voorstellen daaromtrent, varieerende tusschen drie en vijfduizend. Zij, die dit aan den lagen kant willen houden wijzen op de bezwaren van overkropte wachtkamers en op de nadeelen, die de geneeskundige behandeling in het algemeen ondervindt bij een tegroot aantal ingeschrevenen. Van artsenzijde is het hoogste getal genoemd, doch dan zullen de omstandigheden in alle opzichten gunstig moeten zijn, wanneer dus de verzekerden niet al te ver uit elkaar wonen. Met deze getallen wordt ieder verzekerde voor één

persoon gerekend. Dikwijls vindt men lagere cijfers opgegeven, waarbij onder verzekerde het hoofd van het gezin verstaan wordt. Het is echter noodzakelijk met individueele getallen te werken, met name verdient de vroegere bepaling dat drie kinderen beneden de 16 jaar voor één verzekerde gelden, afkeuring. Verschil in medische zorg tusschen groot en klein zal eenvoudig niet gemaakt kunnen worden, kinderen zullen eerder meer zorg van den medicus vereischen dan groote menschen.

Bij de bepaling van het getal zal er rekening mede gehouden moeten worden, dat particuliere praktijk ernaast mag worden uitgeoefend, zoodat dus hier verschil in gecombineerde of alleen ziekenfondspraktijk zal moeten worden gemaakt.

Het maximum aantal leden zal alleen gelden voor den huisarts. Het lijkt mij niet noodzakelijk, dit ook in te voeren voor de andere categorieën deelnemers. Dan moet men het voor allen doen en niemand uitzonderen. De huisarts heeft den geheelen mensch te behandelen, kan hier ieder oogenblik voor geroepen worden, zoowel op zijn spreekuur als buitenshuis, bij dag en nacht. Hij is de hulpverleener in eerste instantie en doet dit geheel zonder verdere assistentie. De apotheker zal hulp van apothekers-assistenten kunnen nemen, en voelt hij lust en ambitie een groote zaak te drijven, dan zal hij daarin niet aan banden gelegd behoeven te worden; ook de tandarts kan tandtechnische en andere hulp aan zich verbinden. En kunnen de ingeschreven deelnemers hun werk door te groote drukte niet af, dan kan het fondsbestuur desnoods bij oproep de aandacht erop vestigen, trouwens dit zal in de betreffende kringen gauw genoeg bekend zijn en zichzelf regelen.

Inzonderheid de hulp door heilgymnasten-masseurs leent zich niet tot het vaststellen van een bepaald aantal leden voor één beoefenaar, zooals de ervaring geleerd heeft. Hier hangt alles af van de opvatting der medici. Er zijn artsen, die nooit een patient naar hen zenden; er zijn er die geregeld menschen naar hen verwijzen. Vestigt zich ergens een nieuwe medicus, dan zal zich dit in de praktijk van den heilgymnast-masseur laten gevoelen. Wonen vele hulpzoekenden buiten het centrum zijner vestiging, dan zal de mogelijkheid bestaan, dat hij op

een gegeven oogenblik selectie moet toepassen. Daartegenover zien vele menschen van buiten op tegen een geregeld terugkeerenden tocht naar de stad om zich daar te laten behandelen. Door het optreden van schoolartsen zien de heilgymnasten de aanvragen soms plotseling stijgen. Op dit gebied zal de praktijk ondervinding moeten geven. Daarbij zal de heilgymnast-masseur assistenten kunnen nemen om hem in zijn praktijkuitoefening ter zijde te staan, van groot belang op het gebied van praktisch werken voor hen, die zich mettertijd aan het wettelijk examen willen onderwerpen. Dit zou zelfs als verplichting kunnen worden vastgesteld.

De verzekerden zullen zich bij het bestuur moeten laten inschrijven op naam van den huisarts hunner keuze, al of niet met tevens pharmaceutische hulp, al naar deze tevens apotheekhoudend-geneeskundige is en bij den gekozen apotheker, zoo het fonds geen eigen apotheek beheert.

Het lijkt mij niet noodig meer dan eens per jaar gelegenheid te geven zonder kosten van deze te verwisselen, gezien hetgeen er praktisch van die keuze dikwijls terecht komt, terwijl het bedrag voor tusschentijdsche overschrijving eenigszins de spontane opwelling in deze zal moeten tegengaan. Van de vrije patientenkeuze zal alleen om dringende redenen binnen het jaar gebruik kunnen worden gemaakt.

Tot alle andere deelnemers zal ieder vrij zijn zich ter plaatse of in de naaste omgeving te wenden, wanneer de gelegenheid tot behandeling zich voordoet, waarbij deze niet zal mogen worden afgebroken door eigenmachtig overgaan naar een anderen deskundige. Er zal dan allereerst overleg met den huisarts noodig zijn.

4. DE HONOREERING DER GENEESKUNDIGE HULP.

In verband met de taak, die aan de deelnemers in het nieuwe wettelijk alles omvattende ziekenfonds zal worden opgedragen, zal hunne honoreering allereerst uit een algemeen oogpunt aan een korte bespreking dienen onderworpen te worden. Zij zullen dan ter behandeling krijgen alle ziekten en ongevallen, die bij de leden optreden. Op het oogenblik staat de wettelijke geneeskundige hulp-

verleening, om het zoo eens uit te drukken, buiten de honoreering van het ziekenfondswezen. Wel zijn er, zooals bekend, voorstellen om wettelijk meer door de fondsen te doen geschieden. De vraag is nu, of de thans geldende honoraria der deelnemers aan de fondsen verbonden, een herziening moeten ondergaan, in dien zin, dat er voor meerderen arbeid door hen verricht, ook een hoogere belooning moet gelden (Over onnoodige en dubbele honoreering vergl. blz. 28). Wanneer hiervan wordt uitgegaan, zal op de een of andere wijze een individueele berekening noodig zijn. daar niet in alle deelen van het land het aantal wettelijk gehonoreerde hulpverleeningen hetzelfde is.

Nemen wij de *huisartsen*. Bij enkelen komt deze verzorging niet veel voor, bij anderen vormt ze een aardig budget; hiertusschen zijn soms groote verschillen.

Doch wij zullen moeten uitgaan van een andere redeneering en de geheele taak der huisartsen overzien in een alles omvattende wetgeving, zoowel de geheele geneeskundige behandeling, (met de specialistische en andere hulpverleening, waarvan gebruik gemaakt kan worden), als de verplichtingen die in verband met de wetgeving van hen verlangd zullen worden en dan de vraag stellen: Welke honoreering kan daaruit billijkerwijze voor den huisarts gelden, in verband met zijn positie in de maatschappij en de eischen voor levensonderhoud, die daaruit voor hem voortvloeien? Hij zal zich geheel aan de geneeskundige behandeling kunnen wijden, briefjes en verklaringen, met uitzondering van de wettelijke aangiften en aanvragen (zie volgend hoofdstuk) zullen niet verlangd worden. Het werk, dat anders wettelijk afzonderlijk gehonoreerd wordt, zal geheel hetzelfde blijven.

Deze vraag lijkt mij de eenigst rationeele. Er zal inzonderheid een vergelijking gemaakt moeten worden met hetgeen zijn collega-ambtenaar aan salaris verdient, wiens werk misschien gemakkelijker en minder verantwoordelijk lijkt, doch dit nog in geenen deele is. Wel is deze in gunstiger condities, doordat zijn bedrijfsonkosten veel minder zijn, zijn leven geregelder is, zijn pensioen met uitkeering voor weduwen en wezen verzekerd, doch dit laatste vergt weer een offer van zijn salaris. Dit alles behoort mee te tellen. Daarnaast zal het ook gewicht in de schaal leggen dat de huisarts bronnen van inkomsten heeft uit particu-

liere praktijk en verloskundige hulp vanwege het fonds zal kunnen verrichten. Wil men dit niet meetellen, dan neme men de mogelijkheid aan van uitsluitend fondsartsen die geen anderen arbeid verrichten. Ik wees hier reeds op bij de bepaling van het maximum aantal ingeschreven leden in dit opzicht. Er zal dan deze beslissende vraag uit voortvloeien: Welk honorarium is voor den huisarts uitsluitend fondsarts met het maximum aantal ingeschreven leden redelijkerwijs billijk te achten om een zelfstandige positie als zoodanig te vervullen?

Voor de specialistische en andere hulp zal hetzelfde gelden als voor die der huisartsen, voor hen zal ook de geheele verzorging in het honorarium begrepen moeten zijn, c.q. benevens de verplichtingen, die voor hen uit de wetgeving voortvloeien. Naar de maatstaf van het honorarium der huisartsen zal de bepaling der andere vergoedingen dan dienen te geschieden.

De kwestie der geneeskundige honoreering is verder een onderwerp dat zich, nog afgescheiden van het vaststellen van de grootte van het bedrag, in een levendige belangstelling der medische en andere kringen heeft verheugd. Men leze bijv. de handelingen van de buitengewone algemeene vergadering der Ned. Maatschappij t.b.d. Geneeskunst op 25 Maart 1906, waar na uitvoerige discussies het voorstel van het hoofdbestuur, de betaling per abonnement, met 75 tegen 28 stemmen werd aangenomen, een meerderheid, zoowel uit de stad als van het platteland, die de betaling per verrichting verwierp, nadat met 59 tegen 44 stemmen een tusschenvoorstel afgewimpeld was, waarbij de keuze tusschen beiden aan het bestuur der districtskassen zou worden overgelaten. Het was toen in het eerste begin der regeeringsplannen tot invoering van een ziektewet (Kuyper). Een nieuw wetsontwerp (Veegens) was daarop alweer gekomen, toen in 1908 het rapport der Maatschappij voor Geneeskunst over den toestand der ziekenfondsen in Nederland verscheen. Hieruit bleek, dat het abonnementssysteem in de praktijk door de groote meerderheid der fondsen werd toegepast, en ook volgens het oordeel der rapportcommissie in principe de voorkeur verdiende.

In 1906 had de juridische autoriteit Treub dit punt

in zijn meergenoemde brochure ook besproken en het minderheidsvoorstel uit de vergadering der Maatschappij voor Geneeskunst tot het zijne gemaakt. Toen nu de Ziektewet Talma verscheen, werden de beide betalingsmogelijkheden vastgelegd (art. 124). De commissie Koolen tot regeling der ziekenverzorging (1920) nam deze bepalingen gedeeltelijk over en breidde ze verder uit. (Het ontwerp „Ziekenfondswet" behoudt ze eveneens.) Art. 14 over de „Betaling" luidt:

1. De huisartsen en apothekers ontvangen vaste bedragen, die niet mogen dalen beneden het door Ons voor ieder verzekerde, die op hun naam staat ingeschreven, te bepalen bedrag. Bovendien kunnen volgens door Ons vast te stellen regelen bijzondere verrichtingen afzonderlijk worden vergoed.

2. Specialisten ontvangen vergoeding per verrichting volgens door Ons te stellen regelen.

3. Den geneeskundige mag bovendien volgens vast te stellen grondslagen vergoeding worden toegekend volgens noodzakelijk door hem gedane uitgaven.

4. De apotheker ontvangt bovendien betaling voor het door hem geleverde volgens vast te stellen prijslijst.

5. De bedragen, bedoeld in het eerste en tweede lid en de grondslagen, bedoeld in het derde lid, worden tenminste eenmaal in de vijf jaren, de prijslijst bedoeld in het vierde lid, tenminste eenmaal 's jaars opnieuw vastgesteld.

6. Wij kunnen goedkeuren, dat in bijzondere gevallen de vergoedingen volgens een nader stelsel toegekend worden. Een krachtens dit lid door ons genomen besluit wordt met vermelding van de gronden, waarop het rust, in de „Nederlandsche Staatscourant" openbaar gemaakt.

7. Wij kunnen ten aanzien van de toekenning der vergoedingen aan tandartsen regelen stellen.

Art. 15. Wij kunnen ten aanzien van de toekenning der vergoedingen aan vroedvrouwen en verplegenden regelen stellen.

Ondertusschen bestaat bij de Rijksverzekeringsbank het uitsluitend systeem der honoreering per verrichting, waarin na jarenlange ervaring een kleine verandering en vereenvoudiging is gebracht voor de pharmaceutische hulp door den apotheekhoudend- geneeskundige. Dit stelsel brengt een groote administratie met zich mede,

zoowel op het centrale bureau als bij iederen declarant afzonderlijk.

De honoreering der geneeskundige hulp door het fondswezen, zooals door mij in het vorige geschetst, gaat tusschen deze beide genoemde stelsels. Mogelijk financieel eigenbelang der deelnemers in de voorkeur van het eene stelsel boven het andere is begrijpelijk, doch schaadt het geldelijk beheer van het fonds; en daar de verleiding erbij te groot is, moet het stelsel der honoreering per verrichting als regel beslist afgeraden worden. Bovendien is het niet te vereenigen met den opzet der wetgeving, waarin zoo groot mogelijke eenvoud op den voorgrond moet staan met hoe minder hoe liever administratie. De moeilijkheden bij dit stelsel voor de geneeskundige controle, die ook in deze aan het fondsbestuur raad zal moeten geven, zullen tot het minst aangename gedeelte van die taak gaan behooren, en dit vooral in den opzet van decentralisatie. Het is voor den controleerend-geneeskundige nog geheel iets anders tegenover een collega van meening te verschillen over zuiver medische kwesties, dan hem op zijn vingers te moeten tikken, wanneer zijn rekeningen te hoog zijn. Want het bestuur van het fonds zal als leek natuurlijk het oordeel der controleerend-medische ambtenaren inroepen, wat de collegiale verhoudingen niet ten goede zal komen.

Het stelsel betaling per verrichting zal dus verworpen moeten worden; de nadeelen zijn te groote administratie en financieele misbruiken. Op de geneeskundige en andere gevolgen voor de patienten wees Korteweg in het hoofdstuk Ongevallengeneeskunde van zijn bekende „Algemeene Heelkunde"; door de intenser doorgevoerde geneeskundige controle komt dit echter niet meer voor. Zal het abonnementsbedrag ook voor de huisartsen niet van groot belang zijn, doordat zij weten over een vast bedrag op tijd te kunnen beschikken zonder eenige moeite hunnerzijds ervoor? Het maakt toch wel verschil of er rekeningen of declaraties moeten worden uitgeschreven, die ongeregeld binnenkomen, of dat op gezette tijden het salaris thuisgestuurd wordt. Het eeuwige gesukkel met wanbetalers zal voor hen vervallen, de zorg daarvoor komt aan het fondsbestuur; kwade posten zullen zij hierbij dan niet hebben.

Zal de berekening van het honorarium per abonnement als een uitsluitend systeem gevolgd kunnen worden voor alle deelnemers, of zullen er noodwendig uitzonderingen op moeten voorkomen, en hoe zal de berekening, afgescheiden van de financieele kant, moeten geschieden in de wisselende gevallen van inschrijving? Wij zullen daartoe afzonderlijk de verschillende hulpverleeningen moeten nagaan.

De praktijk der *huisartsen* is te onderscheiden in die van stad en platteland met de combinaties tusschen beiden. Heeft de eerste zijn patienten binnen een bepaald klein gebied, meestal gemakkelijk te bereiken, van den buitendokter zal uiteraard meer arbeid gevorderd worden. De exploitatiekosten van zijn praktijk zullen door de aanschaffing van speciaal daarop gerichte vervoermiddelen grooter zijn. Dat die arbeid ook meerder beloond moet worden, is vanzelfsprekend. In het stelsel der betaling per verrichting wordt nu boven de eigenlijke geneeskundige vergoeding een bedrag toegekend voor het z.g. afstands-tijdverlies, door de Rijksverzekeringsbank bijv. nauwkeurig omschreven. In het rapport der ziekenfondscommissie uit de Maatschappij voor Geneeskunst wordt terecht opgemerkt, dat de bezwaren uit dien hoofde voor het abonnementsstelsel voor de platlandici meer in schijn bestaan. Er wordt een bedrag bepaald, dat het gemiddelde inhoudt van de uitgebreidheid der geheele praxis. Dooreengenomen zal voor hulp veraf zoowel als dichtbij hier geen bezwaar tegen kunnen zijn.

Minder begrijpelijk lijkt mij daarom de volgende conclusie uit het rapport (l. c. blz. 46): „Bij behoud van ziekenfondsen, zooals wij thans gewoon zijn werkzaam op beperkt terrein in slechts één gemeente of een deel van een gemeente, hoogstens zich uitstrekkende over een paar kleinere, nabijgelegen plaatsen, zal het wel altijd mogelijk zijn, de betaling per abonnement zonder bijzondere bepalingen te doen geschieden. Mochten te eenigertijd in den geest van het wetsontwerp ziekteverzekeringswet (Veegens) ziekenkassen worden opgericht, die over een grooter gebied werkzaam zijn, zoodat kleine steden en uitgestrekte plattelandsgemeenten worden samengevoegd, dan zou het overweging verdienen, om naast het minimumbedrag per lid per jaar berekend, gedeeltelijk betaling per verrich-

ting in te voeren in dien zin, dat op grooten afstand rijtuighuur of tijdverlies, of beiden mogen worden in rekening gebracht, ongeveer op de wijze zooals thans bij de Rijksverzekeringsbank geschiedt."

Wat voor een kleine plattelandspraxis geldt kan ook voor een uitgebreidere worden in acht genomen; het zal steeds wel mogelijk zijn een zekere kring aan te nemen, waarbinnen de praktijk zich uitstrekt. Daarbij maakt het een groot onderscheid, of in min of meer geciviliseerde streken gepraktizeerd wordt, of men gemakkelijk langs mooie harde wegen de menschen kan bereiken of van den eenen patient naar den anderen moet trekken langs wegen, die alleen te voet begaanbaar zijn. Dit wordt wel weer gecompenseerd door het aantal af te leggen visites, of door bericht van de huisgenooten, doch past daarom juist weer beter in het abonnementsstelsel, daar anders de meer bevoorrechte collega met zijn Fordwagentje veel meer voor zijn afstands-tijdverlies in rekening kan brengen.

Wordt eenmaal een uitzondering gemaakt en hier per verrichting vergoed of bijgepast, dan komen dezelfde nadeelen en misbruiken te voorschijn. Bij de honoreering der geneeskundige hulp zullen de goede en kwade kansen voor de verleende diensten doorelkaar genomen moeten worden, alleen tot uiting komend in het bedrag per persoon gedurende een bepaalden tijd.

Die opvatting uit 1908 blijkt echter in den laatsten tijd terecht verlaten te zijn, en worden dan ook twee honoreeringen voorgesteld, die voor stad en platteland.

Voor hen, die gedeeltelijk deze beide streken verzorgen, kunnen dan ook beide honoreeringen voor verschillende patienten worden vastgesteld, waarbij een moeilijkheid gelegen is in de grens, die praktisch getrokken moet worden. Dit is echter te overkomen. Er worde vastgehouden aan de twee classificaties en deze niet weder onderverdeeld.

Zullen deze beide honoreeringen veel moeten verschillen?

Ik wees reeds op de meerdere exploitatiekosten voor den plattelandsmedicus.

De veel verbreide bewering, dat de buitenpraxis grooter inspanning vereischt, doordat van den medicus meer specialistische hulp gevergd wordt, en hij zijn patienten

niet zoo gemakkelijk naar een ziekenhuis kan verwijzen, kan ik niet geheel deelen. Wat het eerste betreft, deze omvat toch handelingen, waartoe hij bevoegd is, en die juist daar zijn werkkring veel prettiger maken. Dat de stadsdoktoren deze, om welke redenen dan ook, niet meer verrichten, is hun zaak; in de buitenpraktijk wisselen zij de dagelijksche werkzaamheden op aangename wijze af en ik zou niet durven volhouden, dat de opgepropte wachtkamers der stadscollega's minder inspanning vereischen. Hier zijn de afstanden buiten weer eenigszins een rem tegen, wat ook geldt voor de hulp bij nacht of telefonisch op alle tijden van den dag in het nadeel der stadsdoktoren.

Wat de ziekenhuisopname van buitenpatienten betreft, juist in kleine centra bestaat hier de vrije artsenkeuze zoodat de buitendokter dan juist meer werk te doen zal hebben. In den tegenwoordigen tijd met zijn betere verkeersmiddelen en meer ingeburgerde opvattingen over ziekenhuisbehandeling gaat die bewering ook niet meer op. Maar wanneer de geneeskundige controle algemeen wordt ingevoerd en deze ook de ziekenhuisopname zal moeten beoordeelen, en daarbij een behoorlijke wijkverpleging zal bestaan, zullen stads- zoowel als buitendokter in dit opzicht meer onder dezelfde voorwaarden komen. Hetgeen ook zal gelden voor algemeen verkrijgbaar gestelde specialistische hulp. De commissie 1908 haalt ook nog een ander punt aan, n.l. de levensstandaard buiten. „De lagere levensstandaard mag volgens de commissie geen gewicht in de schaal leggen, omdat, voor zooverre deze inderdaad bestaat, hiertegenover gemeenlijk een tekort aan levensgenot en comfort staat, dat er *dooreengenomen* tegenop weegt."

Deze uitspraak past niet geheel meer in de tegenwoordige toestanden. Het nog veel verbreide standpunt, dat het leven in de grootste steden het duurste is, gaat niet op. De belastingen zijn buiten niet lager, de kinderen vergen meer aan onderwijskosten, de vacantie kost dikwijls dure waarnemers, enz. De auto en de motor hebben geheel andere toestanden in het leven geroepen.

Daartegenover staan den medicus tegenover de centra weer voordeelen ten gunste. Er is minder neiging tot concurrentie, terwijl de vroedvrouwen zich er bij voorkeur

niet vestigen. Zij hebben bovendien de inkomsten uit hun apotheek.

Doch het is niet mijn bedoeling hier de voor- en nadeelen van stads- en plattelandspraxis breed uit te meten. Uit het vorenstaande zal wel duidelijk zijn, dat ik den buitencollega een hooger abonnementstarief wil doen toekomen, dan zijn stads-ambtgenoot. Zelf onder zeer ongunstige omstandigheden buiten gewerkt hebbende, moet ik echter uit ervaring zeggen, dat het niet gerechtvaardigd is, hierin groote verschillen tot uiting te laten komen.

Tenslotte nog dit, dat de huisartsen zelf voor hunne installatie zullen moeten zorgen, zoowel in de stad als op het platteland. Nachtvisites en spoedbezoeken zullen ook in de honoreering begrepen zijn.

De *administratieve berekening* van hetgeen den huisarts toekomt, in verband met de wisselingen, waaraan het aantal bij hem ingeschreven patienten onderhevig is, en de verschillende tijdstippen van vestiging van den arts zelf, zal het beste kunnen geschieden, door wekelijks het aantal op zijn naam staande patienten op te maken, dit te vermenigvuldigen met het overeengekomen bedrag per persoon en te deelen door 52. Tot eigen controle zal hij eveneens wekelijks opgave der afgevoerde en bijgekomen patienten ontvangen.

Onder het vastgestelde abonnements-bedrag zal dan de geheele uit te oefenen hulpverleening vallen, waarbij geen extra-betaling voor bijzondere verrichtingen zal worden berekend. Alleen voor de *verloskundige* hulp, zooals die ook door vroedvrouwen gedaan kan worden, zal afzonderlijke vergoeding worden gegeven. De verzekerden zullen, zooals reeds is opgegeven, de vrije keuze hebben tusschen medicus en vroedvrouw, waarbij het aan den eerste vrij zal staan, die hulp aan haar over te laten. Wil hij het zelf doen, en het is aanbevelenswaardig voor den arts, dat hij ook na zijn studietijd ondervinding krijgt over de gewone gevallen in de praktijk, dan zal het honorarium voor hem gelijk staan aan dat voor de verloskundige. De opleiding der vroedvrouwen staat hier te lande op een zoodanig hoog peil, dat dit gerechtvaardigd is. Het afstandstijdverlies zal hier dooreengenomen in eenzelfde honorarium wel kunnen worden uitgedrukt.

Voor kunstverlossingen zal een afzonderlijke vergoeding voor hem moeten gelden.

Voor *specialisten*, *tandartsen* en *heilgymnasten-masseurs* is de hulpverleening van anderen omvang, doch ook hier zal het abonnementsstelsel, in anderen vorm dan, kunnen gelden. De gebruikelijke weg is deze, dat een bepaald bedrag per lid wordt beschikbaar gesteld, dit vermenigvuldigd met het aantal leden en over de gezamenlijke deskundigen verdeeld. Deze zullen per maand een kaart invullen voor de onder hunne behandeling zijnde patienten, en deze bij het bestuur inleveren, dat proportioneel het hun toekomende berekent. De praktisch-administratieve regeling van een en ander behoeft geen moeilijkheden te geven. Zij zullen te allen tijde inzage er van moeten kunnen krijgen. Hun zelf de verdeeling in handen te geven zal alleen mogelijk zijn bij ideale collegiale verhoudingen.

Er is reeds op gewezen, dat het briefje van den huisarts ook in het belang der specialisten c. s. was uit het oogpunt hunner honoreering beschouwd en uit het bovenstaande zal dit zonder meer wel duidelijk zijn. Was er onbeperkte vrijheid voor de leden zich tot hen te wenden, dan zou hier voor hen het nadeel uit voortkomen dat, om een spreekwijze te gebruiken, de spoeling al gauw te dun zou worden.

Een andere zaak zal het zijn, of *alle specialistische* hulp in een abonnementssysteem kan worden ondergebracht. De specialisten-organisatie der Maatschappij voor Geneeskunst erkent dit voor poliklinische, consultatieve en klinische hulp, resp. alleen poliklinische hulp, daaronder de geheele specialistisch medische wetenschap gerekend, met uitzondering van de stralenthempie, de physische therapie en de heilgymnastiek en massage. Hier blijkt dus voor dit laatste weer het nut van afzonderlijke regeling vanwege het ziekenfondswezen.

Wat de stralentherapie betreft, deze uitzondering lijkt mij ook gerechtvaardigd; te hooge en wisselende kosten en onvoldoende materiaal ter berekening zijn oorzaak, dat hier nog geen gemiddeld te reserveeren bedrag is op te geven. Zij zal dus voorloopig afzonderlijk beloond moeten worden, onder controle der verstrekking.

Wat de physische therapie betreft, waarbij gedacht is

aan het zeer beperkt voorkomen harer instituten, dit is een onderdeel van een grootere kwestie, die afzonderlijk bespreking verdient. Niet overal in den lande is een volledig specialisme nog tot ontwikkeling gekomen, deze geneesmethode er dan bijgerekend. Het zou nu onbillijk zijn een gelijk bedrag voor alle fondsen voor specialistische hulp beschikbaar te stellen, omdat dit in het eene geval over meerdere deelnemers van verschillende richting verdeeld zou moeten worden dan in het andere (Hoeveel er van ieder onderdeel op zichzelf zullen moeten meedeelen, blijft buiten beschouwing; hier kan geen rekening mede gehouden worden). Dit behoeft ook in geenen deele. Ik heb vooropgezet, dat aan de fondsbesturen zal moeten worden overgelaten voor geneeskundige hulp te zorgen, waarbij leiding van de overheid plaats heeft. Bij een inwerkingtreding over het geheele land zal allereerst aanpassing aan bestaande toestanden moeten geschieden. Het ziekenfondswezen is de laatste jaren zich meer en volledíger aan het ontwikkelen. In de voorgestelde wetgeving zal het nog meer groeien en daar moet de overheid ruimte voor open laten. Vandaar ook de „jaarlijksche" herziening der balans in dit opzicht. Hoe ver zijn wij nu na ruim vijftig jaren al niet af van het toen aanbevolen ziekenfonds (het z. g. Inspecteursfonds van 1872) waarin het zetten van bloedzuigers en lavementen afzonderlijk betaald zou worden.

Komt het volledige specialistenwezen niet overal voor, dan zal hier met het te reserveeren bedrag rekening gehouden kunnen worden, terwijl afzonderlijk voorzien zal moeten worden in het zoeken van noodzakelijke hulp ergens anders, wanneer deze ter plaatse ontbreekt, zooals ook nu geschiedt. Doch bij het invoeren van het algemeene ziekenfondswezen zal de gelijkmatige vestiging van specialisten meer toenemen.

Een moeilijkheid zal het opleveren, hoe uit het bepaalde bedrag afzonderlijke honoreering proportioneel zal moeten worden gevonden, daar waar de klinische hulp er volledig onder begrepen is en consult ook ten plattelande meer uitgebreid zal plaats hebben. Hier zullen nadere gegevens verwerkt moeten worden.

Voor de *tandartsen* zal het niet dan bij hooge uitzondering voorkomen, dat zij huisbezoeken afleggen. Het vast-

stellen van een bepaald bedrag per ziel per jaar zal voor hen geen bezwaren behoeven op te leveren, zonder meer volgens het abonnementssysteem, gezien de beschikbare gegevens. De prothetische tandheelkunst zal hier niet onder vallen, daar vanwege de algemeene eischen van noodzakelijkheid vele prothesen vanwege het fonds zullen vervallen. Zij zullen komen onder de post „kunstmiddelen."

Daar voor de *heilgymnastische* verzorging in mijn stelsel een wettelijke regeling zal dienen ingevoerd te worden, zullen hierbij nieuwe toestanden ontstaan, waarvoor geen vergelijking met bestaande gevonden zal kunnen worden. Reeds zijn ter sprake gebracht de moeilijkheden om een schatting te maken over de hoegrootheid der heilgymnastische en massage-hulp waarop een fonds met een bepaald aantal leden zal moeten rekenen. De beoefenaars zullen echter assistentie kunnen nemen.

Onder de behandeling vanwege het ziekenfonds zal dan vallen alles wat de medicus, hetzij huisarts of specialist, hun binnen de wettelijke bevoegdheid zal overlaten. Zij zullen goed geoutilleerd moeten zijn en zoowel te hunnen huize als bij de patienten de behandeling verrichten.

Een financieele basis zal dus hier wel het allermeest geheel plaatselijk onder het oog moeten worden gezien. Het rapport van de regelings-commissie betreffende den toestand op heilgymnastisch gebied in ons land, voorkomende in de Handelingen van het eerste Nederlandsch Congres voor Heilgymnastiek, gehouden te 's-Gravenhage in 1912, geeft een uitgebreid overzicht van den chaotischen toestand op dit punt. De daarin vermelde toelagen, subsidies, vergoedingen van gemeenten, armbesturen, fondsen, vereenigingen, bevatten dan ook geen maatstaf, nog afgescheiden dat in den tegenwoordigen tijd de economische verhoudingen geheel anders zijn geworden. Volgens inlichtingen, door mij ingewonnen, blijken de toestanden heden ten dage al niet veel beter te zijn. Betaling per verrichting hier in te voeren zal vanwege de genoemde bezwaren niet aan te bevelen en vanwege de controle erop moeilijk uit te voeren zijn. Voor deze hulpverleening zal om te beginnen een benaderde abonnementsberekening in elk gebied afzonderlijk vastgesteld moeten worden, waarbij vergelijking met de honoraria der andere deelnemers zal moeten plaats vinden.

Wat de *pharmaceutische* honoreering betreft, door de geneeskundige vakorganisatie wordt voor de apotheekhoudend- geneeskundigen een bepaald bedrag per ziel per jaar voor de pharmaceutische bemoeiingen mogelijk geacht, waarvoor ook de geneesmiddelen enz. moeten worden geleverd. Daar dit m. i. ook mogelijk is, is dit de eenvoudigste oplossing, dus het abonnementsstelsel voor hen uitgebreid met een vast bedrag boven het honorarium per persoon voor de geneeskundige behandeling. Zullen er bij dit stelsel verdenkingen bestaan tegen de deugdelijkheid der geleverde geneesmiddelen, en die zijn er meerdere malen te berde gebracht, dan zal de controleerend-geneeskundige dienst dit kunnen onderzoeken. Met de volgende uitspraak hieromtrent ergens aangetroffen ben ik het volmaakt eens: „Deze recepten moeten zij volgens de wet toch bewaren, en wanneer nu tegen een van de fondsartsen onverhoopt in dit opzicht kwade vermoedens mochten worden geuit, zal het ook in zijn belang zijn, dat door een onpartijdige commissie een onderzoek wordt ingesteld; wij zijn niet bang, dat een dergelijk onderzoek ooit zoo platte verdenking bevestigen zal."

Voor hen zal dan dezelfde lijst van geneesmiddelen gelden als voor de collega's zonder apotheek.

De apothekers-vakvereeniging verlangt voor de pharmaceutische hulp aan ziekenfondsen: 1°. Vergoeding voor de geleverde geneesmiddelen tegen inkoopswaarde, verhoogd met 10 % voor het inwegen,.

2°. een vast honorarium per ziel per jaar.

Waar nu voor de apotheekhoudend- geneeskundigen een vast bedrag, waaronder alles begrepen is, mogelijk geacht wordt en de eerste eisch in de praktijk (bijv. te Rotterdam) in een vast bedrag wordt uitgedrukt, lijkt mij het abonnementssysteem voor de apothekers ook aan te bevelen. De Rijksverzekeringsbank schafte voor de apotheekhoudend- geneeskundigen den omslag van administratie en controle juist af, door de invoering van een vast bedrag uit de ervaring berekend. Dit worde ook hier toegepast.

Voor de fondsen zal hier het beheer van eigen apotheken een punt van overweging uitmaken. De bezwaren hiertegen zijn reeds te voren als van geen belang erkend. En de economische zijde staat voor het fondswezen wel vast.

De strijd tusschen het particuliere initiatief en deze eigen fondsexploitatie kan echter m. i. wel vermeden worden, wanneer de eischen van eerstgenoemde en de bedrijfsuitkomsten dezer laatste praktisch meer in overeenstemming met elkaar gebracht worden.

Recapituleerende komen wij dan tot dit overzicht der honoreering: Het abonnementsstelsel worde ingevoerd voor artsen, tandartsen, heilgymnasten-masseurs; eveneens voor de gewone pharmaceutische hulp, waar deze niet door het fonds geschiedt. De verloskundige praktijk en de stralentherapie worden per verrichting betaald. Ook afzonderlijk natuurlijk de kunstmiddelen en afwijkende pharmaceutische preparaten.

In verband met hetgeen gezegd is (blz. 62) over de bepaling van het maximum aantal patienten wordt dan een vast bedrag voor ieder, groot en klein, per jaar vastgesteld. Dit wordt terecht meer en meer ingezien en met name zal het aangeven van een bepaalde som per gezin dienen te vervallen. Hier staat nu wel tegenover, dat de huisarts soms meerdere personen in één gezin tegelijk bezoekt en het in de particuliere praktijk gewoonte is, dat dan ook minder berekend wordt; hier in het groot zal er echter geen rekening mede gehouden behoeven te worden. Ziekenhuizen rekenen ook niet minder bij opname van eenige leden tegelijk uit eenzelfde huishouden.

Wanneer mettertijd meer gegevens betreffende de stralentherapie bekend zijn, zal ook hiervoor het abonnementstarief worden toegepast.

Tenslotte zal onder de oogen moeten worden gezien hoe de betaling zal geschieden bij spoedgevallen, wanneer het lidmaatschap van een ziekenfonds ter plaatste niet bestaat, dus bij tijdelijk verblijf binnen het gebied van een ander fonds zonder dat overschrijving heeft plaats gehad. De fondsen behooren deze hulp te bekostigen en kunnen nu dit risico al of niet op zich nemen; in het laatste geval zal verrekening met andere fondsen moeten plaats hebben.

Gedeeltelijk zullen echter de deelnemers een klein risico moeten dragen. Wanneer in een plaats iemand plotseling een ongeval krijgt (geen Ongevallenwet) of acuut

ziek wordt, en de huisdokter is niet direct te bereiken, dan gebeurt het, dat een ander de eerste hulp verleent en den patient verder aan den collega overlaat. Dit risico is in den regel voor den deelnemer, die hier geen afzonderlijke betaling voor krijgt. Bij sommige fondsen wordt dit in het contract omschreven, bijv. bij het Algemeen Mijnwerkers Fonds: „De vervanging, daaronder begrepen de hulp door een fondsarts in geval van nood verleend aan een niet bij hem ingeschreven patient, geschiedt zonder kosten voor het fonds of voor de leden." Andere fondsen, bijv. de Bond van Rotterdamsche ziekenfondsen, geven gedeeltelijk restitutie aan de leden, die deze hulp zelf moeten bekostigen, in het reglement nader omschreven. Het meest gewenscht is echter, dat deze hulp zooveel mogelijk collegiaal verleend wordt. Wat den een vandaag overkomt, kan morgen den ander gebeuren. En wat in één ziekenfonds plaats heeft kan uitgebreid worden over het ziekenfondswezen in het geheele land. Natuurlijk zal niet alles pro Deo kunnen geschieden, wij denken aan specialistische spoedhulp, ziekenhuisopname, Röntgenfoto's, pharmaceutische verstrekking. Aan eventueel misbruik van ziekenfondsleden zal ook gedacht moeten worden.

Wat het risico voor de fondsen zelf betreft, in verband met het meerdere bezoek, waarin bepaalde streken zich verheugen en het aldaar dus meerder kunnen voorkomen van die hulp, zal afrekening onder elkaar het meest gewenscht zijn. Een en ander zal onder controle van den geneeskundigen-controledienst plaats moeten hebben. Of de theorie de praktijk zal bevredigen? Het gaat hier echter als met meerdere dingen, aanpassingen en wijzigingen zullen in den loop der tijden niet ontbeerd kunnen worden. Hier zal een taak voor de Inspectie weggelegd zijn. De omstandigheden door de Koopvaardij en Visscherij in het leven geroepen zullen door ter zake bevoegden in het bijzonder daarbij overwogen moeten worden.

Laat ik hier ook nog opmerken, dat uit het vorenstaande dus volgt, dat de betaling der geneeskundige hulp geheel geschiedt door het fonds en dus gebroken moet worden met het systeem, dat bij sommige fondsen bestaat, n.l. dat aan de leden vergoeding voor een zekere behandeling verstrekt wordt, waarmede zij zelf de kosten geheel of gedeeltelijk moeten bestrijden (vroedvrouw, ziekenhuis).

Worden over het geheele land ziekenfondsen opgericht, dan zal het niet voorkomen, dat ergens geen geneeskundige hulp te verkrijgen is, en afzonderlijke vergoeding ervan in de wettelijke bepalingen behoeft te worden opgenomen. Gebrek aan geneeskundigen is er hier te lande ook niet. Tenzij.... de geneeskundigen en anderen hunne medewerking zullen weigeren aan het tot stand komen dezer fondsen. Er wordt opgegeven, dat dit buitengesloten zou zijn, wanneer de desbetreffende vakvereenigingen van te voren erin gekend worden en in de uitvoering een plaats krijgen.

Over dit laatste is reeds uitgeweid. Iets anders is het natuurlijk, dat bij het opstellen der wet de medische en andere vereenigingen geraadpleegd worden en ik twijfel er niet aan dat, ook zonder dat al hare eischen ingewilligd worden, de medewerking niet zal ontbreken. Iedereen kan in zoo'n veelomvattende regeling niet al zijn verlangens ingewilligd zien en van verschillende kanten zal iets moeten worden toegegeven.

5. DE CONTRIBUTIE.

Aan het verzekeringswezen ligt het premiestelsel ten grondslag, hier meer bekend als contributie voor het ziekenfonds. Naar welken maatstaf moet deze bepaald worden?

In het algemeen uitgedrukt, zal de premie voor ieder lid afzonderlijk, afhankelijk zijn van hetgeen verstrekt wordt, dus van den aard en den duur ervan m. a. w. van de individueele kansberekening voor ieder verzekerde. Blijkens de omschrijving van de ziekenfondshulp gegeven in het begin van dit hoofdstuk, zal het wel duidelijk zijn, dat deze niet voor een kleinigheid kan geschieden, ook al is het een collectieve verzekering, waarbij de gezonden het risico der zieken mede dragen.

Wat de individueele kansberekening betreft, hier wordt in de bestaande fondsen op verschillende wijzen rekening mede gehouden. De gezondheidstoestand van den candidaat-verzekerde op het oogenblik van toetreding wordt in aanmerking genomen. Er wordt een attest van medische zijde verlangd en hiervan afhankelijk worden òf de kwade kansen geweerd òf tegen een verhoogde contributie aan-

genomen. Voor kleine fondsen met een beperkt doel en kleinen opzet is dit een levensvoorwaarde; voor groote fondsen met uitgebreide behandeling weer minder, en dit is hier de reden dat het met de toelating soms niet al te nauw genomen wordt

Verder worden wachttijden bepaald en wordt met den leeftijd van toetreding rekening gehouden.

In de wettelijk voorgeschreven fondsen zal het echter uitgesloten zijn, dat iemand geen lid kan worden vanwege zijn ongunstigen gezondheidstoestand, en wel om de eenvoudige reden, dat het lidmaatschap verplichtend is. In den opzet van algemeen volksbelang zal het ook niet passen iemand te weigeren. Een andere vraag is het, of nu een wettelijk voorgeschreven keuring van iedereen moet plaats hebben en met den uitslag daarvan rekening gehouden met de te bepalen premie. Laten wij echter vooropstellen, dat het medisch ondoenlijk is om uit te maken, welke geneeskundige „behandeling" iemand in den verderen loop van zijn leven zal moeten hebben en hier gaat het toch om. Het is iets anders dan met de keuring voor een levensverzekering waaruit de vermoedelijke levensduur wordt afgeleid. Welk een tal van factoren, van te voren niet te bepalen, zullen er niet afhankelijk zijn van de kosten der behandeling! Iemand is chronisch ziek, doch kost aan verzorging slechts een gedeelte van de behandeling van een kerngezond persoon, wien een ernstig ongeval overkomt of een langdurige kostbare behandeling voor ziekte noodig heeft. Nieuwe werkelijk doeltreffende geneesmiddelen worden uitgevonden, die in den beginne ontzettend duur zijn, doch later door verbeterde techniek en concurrentie sterk in prijs dalen. Om met deze en met meerdere andere gevallen rekening te willen houden, zou telkens na bepaalde tijden een herziening der premie, dus herkeuring moeten plaats hebben. Misbruiken, allerlei onrechtvaardigheden zouden er voorkomen; op de geldverspilling van al die keuringen zou worden gewezen en het stelsel zou spoedig weer verdwijnen. Voor de wettelijke fondsen zonder beperking in de noodzakelijke behandeling en met een zeer groot ledental zal de gezondheidstoestand praktisch uitgeschakeld kunnen worden. Wanneer ieder „van de wieg tot het graf" fondslid is, zal dan ook het verschil in leeftijd op de grootte der contributie niet

van invloed zijn. Dus geen kansberekening met gezondheid of leeftijd, de te verleenen geneeskundige behandeling laat dit niet toe en allen betalen in dat opzicht evenveel.

Nu een ander punt. Daar de honoreering der geneeskundige hulp buiten iets meer zal zijn dan in de stad, zal dit ook in de contributie moeten uitkomen? In 1908 komt de commissie tot onderzoek van het ziekenfondswezen tot de conclusie (blz. 56 van haar rapport), het verschillend honorarium tusschen stads- en buitendokter besprekend, dat in ieder geval de verzekeringspremie der fondsleden buiten iets hooger moet zijn dan in dichtere bevolkingscomplexen. Gezien echter de ontwikkeling der specialistische hulp en der ziekenhuisverpleging in de latere jaren, waarvan door het platteland minder gebruik wordt gemaakt, zou men voor dit laatste misschien ook tot een lagere premie kunnen komen.

De kleine verschillen, die het voor de buitenmenschen in vele gevallen iets duurder maken door de grootere afstanden, zullen eerder voor het platteland een hoogere contributie noodzakelijk doen zijn. Of zij minder gebruik zullen maken van hetgeen hun in de stad door het fonds verstrekt wordt, doet er niets toe; de gelegenheid is voor allen gelijk om dezelfde geneeskundige behandeling te verkrijgen en zij vallen onder dezelfde controle. Zij zullen er echter meer moeite en kosten mede hebben. want het gaat niet op voor ieder bezoek aan de stad bij een specialist vergoeding te geven voor tram of autobus. Terecht zullen zij dan redeneeren meer tijdverlies en onkosten te hebben en dezelfde geneeskundige behandeling te verkrijgen, waarbij het onbillijk is een hoogere contributie te moeten betalen.

Alles dooreengenomen, voor een groot fonds stad en platteland omvattend zal men praktisch het beste doen de premie voor allen gelijk te nemen.

En hetzelfde late men gelden ten opzichte van de mate van inkomen binnen de welstandsgrens. De hulpverleening is voor ieder hetzelfde, al wordt door het armbestuur voor hem betaald of staat hij boven aan de grens. In het wetsontwerp Treub werd voorgesteld, dat een zeker percentage van de door het ziekenfonds ontvangen premiën aan de apothekers en geneeskundigen moest ten

goede komen. In de Memorie voor toelichting wordt dit op de volgende wijze verdedigd: „Op deze wijze zijn de geneesheeren en de apothekers ervan verzekerd, dat die lieden van het fonds, die beneden de welstandsgrens een hooger inkomen hebben, en die volgens de bepalingen van het ontwerp aan het fonds een hoogere premie betalen dan de minder beloonde lieden, in en door die hoogere premie ook een hoogere belooning betalen aan den geneesheer en aan den apotheker voor hunne diensten. Dit is niet meer dan billijk, waar de belooning der fondsdoktoren en apothekers, zelfs bij zulk een regeling, nog aanmerkelijk blijft beneden hetgeen zij in rekening brengen aan de meer welgestelden, die hun hulp inroepen zonder tot een fonds te behooren."

Verschil in contributie te maken alnaar men meer of minder verdient, terwijl de hulp en behandeling voor allen gelijk zijn, en iedereen verplicht verzekerd zal moeten zijn, gaat niet op.

Tenslotte de vraag of in de premieheffing *alle* hulpverleening begrepen zal zijn of bijv. voor de verloskundige hulp een afzonderlijke contributie zal moeten gelden, zooals in vele fondsen gebruikelijk is. Voor de ongehuwden zal het vreemd lijken, dat zij mede contribueeren aan een eventueele behandeling, die zij niet noodig zullen hebben. Het aantal gezinnen zal echter verre in de meerderheid zijn en wat op een gegeven oogenblik niet geldt, kan gauw genoeg komen. Het lijkt mij gewenscht, deze hulpverleening gelijk te stellen met elke andere. Vele groote fondsen houden dan ook bij de contributie-bepaling hiermede rekening, terwijl het ook de meening der vroedvrouwenorganisatie is, dat de te verkrijgen verloskundige hulp in de algemeene premie moet begrepen zijn.

Dus één contributie voor allen gelijk? Ja, maar met deze beperking, dat reductie voor het gezin gegeven wordt. Dit is in overeenstemming met het dagelijksche leven. Progressief worde voor elk kind een verminderd bedrag van de benaderd berekende premie geheven.

6. HET BEDRIJF VAN HET ZIEKENFONDS.

In de algemeene beschouwingen is reeds een en ander medegedeeld over het bestuur en de administratie. Deze

laatste zal zoowel voor het fonds als voor de kas in één hand zijn; de kosten hiervoor worden over het afzonderlijke bedrijf van beiden omgeslagen.

Het bestuur, resp. de commissie van vertegenwoordiging wordt niet bezoldigd; de bestuurders van fondsen en kassen, op eigen beheer berustend, doen hun werk ook voor niets, behalve vergoeding voor onvermijdelijke onkosten. Dit worde hier ook toegepast. Er zal een kleine z.g. „post zonder verantwoording" kunnen worden uitgetrokken, waaruit kleine geriefelijkheden voor hen tijdens vergaderingen bekostigd worden.

Het bestuur wordt bijgestaan door ambtenaren, die met de dagelijksche werkzaamheden belast zijn. Zij worden door het bestuur benoemd, terwijl hunne rechtspositie wettelijk geregeld wordt. Aan hun hoofd staat een directeur, verder bijv. een administrateur, overig kantoorpersoneel en boden. In hunne functies zal met verdeeling van arbeid rekening gehouden dienen te worden; de boden zullen voor den buitendienst zijn en alle werkzaamheden daartoe verrichten. Een en ander beschouwd uit het oogpunt van de gecombineerde fonds-kas administratie.

De administratie van het fondswezen zal over het geheele land hetzelfde moeten zijn, welke eenheid bevorderlijk is voor de samenwerking en voor statistische bewerking groot voordeel oplvert.

Ten gerieve der leden van reeds bestaande fondsen zal het gewenscht zijn, dat alles zooveel mogelijk uiterlijk het oude blijft, indien dit mogelijk is.

Wat het financieele bedrijf betreft, op de vorige bladzijden is geschetst, waaraan het ziekenfondswezen zal moeten voldoen, zoowel voor elk fonds afzonderlijk als in samenhang met elkaar voor het geheele land. De bestaansmogelijkheid brengt mede, deze zijde ook onder het oog te zien. Gaven verschillende rapporten over het ziekenfondswezen, indertijd slechts algemeene finantieele bedrijfsoverzichten zonder bepaalde cijfers, tenminste zonder desbetreffenden opbouw, door het meer volmaakt wordende ziekenfondswezen zijn er heden ten dage allerlei financieele overzichten uit de praktijk hiervan beschikbaar.

Het financieele bedrijf van het ziekenfonds zal beschouwd moeten worden volgens den aard van den opzet, waarvan in deze verhandeling wordt uitgegaan. Fonds (en kas) zijn elk in hun eigen gebied zelfstandig werkende instituten. De wetgever stelt de algemeene eischen op, waaraan voldaan moet worden en laat aan het zelfbeheer verder de uitvoering over. Maar ook niet meer dan algemeene eischen, want nog afgezien van de onmogelijkheid om in details in financieele voorschriften af te dalen, zou dit ook niet wenschelijk zijn. Het zou geen zelfbestuur, geen eigen beheer meer zijn, indien het fondsbestuur in de wet of bij Koninklijk Besluit honoreeringsbedragen of salarisgetallen zou vinden, waaraan het zich, bijv. als minimumeischen, te houden had. Een z.g. modeleenheidsfonds voor het geheele land voor te schrijven zou ook daarom niet wenschelijk zijn, omdat de gestadige ontwikkeling, die deze sociaal-geneeskundige hulpverleening de laatste decenniën doormaakt, er onder zou lijden en men er allerminst in eens het doel mee zou bereiken, dat men zich voor oogen stelt. En daarbij de onmogelijkheid ook, dit ineens te doen uitvoeren. Er hebben zich in verschillende steden min of meer volledige, soms nog primitieve systemen van hulpverleening ontwikkeld; daarbij zijn van invloed talrijke subsidies, toelagen, enz, afhankelijk van allerlei plaatselijke toestanden, van particulieren en overheidssteun die weer wisselend zijn. Dit ingewikkelde financieele raderwerk van hoogerhand in een eenheidsexploitatie voor het geheele land op te nemen, met voorschriften door den wetgever, is onmogelijk en grijpt teveel direct in maatschappelijke verhoudingen in. Bovendien zouden deze voorschriften, stel dat ze als minimumeischen moesten gelden, juist omdat ze van overheidswege werden gegeven, ook weer met de wisselende financieele politiek van dezelfde of van verschillende regeeringen op dit punt, op en neer moeten gaan.

Om een voorbeeld te noemen, de kosten van ziekenhuisverpleging. Hier zijn wel allerlei locale toestanden in hooge mate van invloed, dure of goedkoope exploitatie enz. Het zal toch een groot verschil maken of ƒ 1.50 (Deventer), ƒ 2.60 (Hengelo (O)) of bijv. ƒ 5.— voor Amsterdan per dag moet worden uitgegeven. Voor wijkverpleging zullen ook allerlei subsidies gelden, en zoo meer.

Het vrije maatschappelijke vraag en aanbod zal moeten beslissen met behoorlijke rechtspositie van weerskanten onder overheidsauspiciën, daarnaast geregeld. Men behoeft daarbij ook niet bang te zijn, dat oude toestanden van willekeur zullen terugkeeren. Ziekenfondsen, die winst beoogen te maken, worden met recht niet meer geduld en hier zal ook geen reden voor zijn. Zij zullen aan hunne leden geneeskundige hulp verstrekken tegen een bepaalde te storten contributie. Beiden, inkomsten uit die bijdragen en uitgaven voor de kosten der behandeling, vermeerderd met de uitgaven voor het administratieve beheer en de noodzakelijk op zijde te leggen geldelijke reserve, zullen aan het eind van elk boekjaar tegen elkaar moeten opwegen. Dit zal het algemeene financieele beleid van het ziekenfonds zijn. Voor een berekening der geneeskundige honoraria en andere kosten staan den fondsbesturen allerlei gegevens uit de praktijk ten dienste [1]. Daarbij hebben de verschillende vakvereenigingen van deelnemers hare financieele eischen in bepaalde bedragen uitgedrukt, te berde gebracht. Deze blijken soms nog al eens in enkele jaren tijds te wisselen, wat nu niet bevorderlijk is voor een goede samenwerking. Een nadeel van die bepaalde groepseischen is nog deze, dat zij niet steeds allen zullen bevredigen. Zoo zou bijv. volgens de vroedvrouwen (allen?) het honorarium op ƒ 20.— en meer per verlossing dienen gebracht te worden. Nu is het ook bekend, dat uit deze kringen herhaaldelijk klachten komen over de verschrikkelijke concurrentie, die haar door geneeskundigen wordt aangedaan. Wordt nu een zoodanig tarief voorgesteld, dat de medicus het er ook wel voor wil doen, dan zal die concurrentie nog meer toenemen.

Een moeilijkheid in den financieelen opzet van het ziekenfonds zal de opname in de exploitatie van de sanatoriumbehandeling voor tuberculose-lijders zijn. Door het Invaliditeitsfonds worden vele van deze kosten betaald, welke uit dien hoofde zullen vervallen. Talrijke factoren spelen hier een rol: de opvattingen der geneeskundigen over de waarde der sanatoriumverpleging, de verpleging van lijders elders dan in deze inrichtingen (dagsanatorium,

[1] Het zal bekend zijn, dat er pogingen gedaan worden een z.g. eenheidsexploitatie op te stellen voor een ziekenfonds met uitgebreide hulpverleening; de betrekkelijke waarde van den financieelen opzet hiervan zal uit het bovenstaande wel duidelijk zijn.

lighallen), de gelegenheid tot verpleging thuis (stad en platteland), de verschillende steunverleeningen, die hierbij optreden. Het fonds zal in deze het beste doen een bepaald bedrag, hetgeen zeer klein zal kunnen zijn, voor ieder gelijk op de contributie te zetten en voor deze speciale verpleging te bestemmen [1].

Bij de bespreking der geneeskundige honoreering is erop gewezen, dat de geheele hulpverleening beschouwd moet worden onder de afzonderlijk te reserveeren bedragen van den exploitatieopzet. Dat hierdoor de begrootingen van bestaande fondsen (die in mijn stelsel nog grooter zullen worden) in belangrijke mate verhoogd zouden moeten worden, lijkt mij niet, gezien ook hetgeen in de Algemeene Beschouwingen o. a. over geneeskundige verzorging is opgemerkt.

Voor ieder gebied of district zullen gedetailleerde kostenberekeningen dus weer een geheel ander beeld geven en hiervan afhankelijk ook weer een ander bedrag aan contributie opleveren. Meer dan met het opstellen van eenheidsbecijferingen zal het oog gericht moeten zijn op bestaande toestanden. En dan laten bijv. Deventer en Utrecht zien, dat verwezenlijking van het voorgestelde, door de verzekerden zelf gedragen, met een contributieverhooging, die hun draagkracht niet te boven gaat, al direct uitvoerbaar is. Geeft men op, dat in het algemeen de draagkracht der verzekerden ten opzichte van het ziekenfondswezen heden ten dage de grens van het mogelijke bereikt heeft, wat echter niet algemeen als vaststaand wordt aangenomen, dan zal in allen gevalle verdeeling tusschen werkgevers en werknemers, de invoering niet in den weg behoeven te staan.

Rest nog de bespreking van een niet minder belangrijk punt, de *oprichtingskosten*. Het geschetste bedrijf zal van den grond af nieuw moeten worden opgezet, waarbij ook weer deze kosten voor fonds en kas afzonderlijk gerekend zullen moeten worden.

---

[1] / 0.02 per ziel per week maakt voor een fonds van bijv. 60.000 personen een te reserveeren bedrag per jaar van 60.000 × 52 × / 0.02 = / 62400, wat wel niet heelemaal zal worden opgebruikt! De Dir v. d. Gem. Gen. D. te Utrecht (Dr. A. Schuckink Kool) neemt / 700.— voor elke 1000 zielen, wat nog geen / 0.01[5] p. z. per week is.

Wanneer particulieren coöperatief een vereeniging oprichten, is de gang van zaken deze, dat van hen, die zich daartoe opgeven, entree of inleggeld wordt geheven. Dit dient om de eerste onkosten te bestrijden, terwijl van nieuwe leden in den loop der tijdens deze bijdrage eveneens gevorderd wordt.

Bij vele fondsen en kassen is dit dan ook het geval. Het lijkt mij noodzakelijk, dit ook in te voeren voor allen, die onder deze wetgeving vallen. Zijn zij reeds lid van een fonds of kas, dan is het niet meer dan billijk, dat deze en bloc de entreegelden voldoen voor hunne leden, die overgaan. Willen sommige fondsen of kassen hieraan niet medewerken, dan zullen de leden individueel moeten contribueeren. Zijn er financieele bezwaren voor de vereenigingen, dan kunnen de bijdragen tusschen haar en de leden verdeeld worden. Tegen het bezwaar, dat de menschen alweer moeten betalen en dit voor sommigen offers zal vergen, zal zijn aan te voeren, dat de self help dit beginsel insluit, terwijl desnoods bij gedeelten betaling kan plaats hebben. Voor huishoudens gelde een reductie, zooals bij de contributie is aangegeven.

Ik stel mij voor, dat voor die inleggelden met een klein bedrag kan worden volstaan. De voorbereidende werkzaamheden zullen dan omvatten alle te nemen maatregelen, opdat op een bepaalden datum het geheele stelsel in werking kan treden. Deze begrooting zal omvatten de inrichting van het administratief beheer, het bewerken der wettelijke bepalingen, de bezoldiging der aangestelde krachten gedurende dien tijd. De leden zullen bekend gemaakt dienen te worden met de rechten en plichten, waaraan zij zich te houden hebben. Eigen beheer zal ook hier de uitgaven tot het strikt noodige doen beperken.

Voor het Rijk zullen dan gedurende dien tijd de kosten der op te richten Inspecties moeten komen.

HOOFDSTUK III.

DE GENEESKUNDIGE CONTROLE.

A. De taak der medische controle. — *B.* De uitvoering der controle. 1. De uitvoering in het algemeen. 2. De verplichtingen der deelnemers en verzekerden tegenover de controle. 3. De controle in elk gebied. De individueele controle. — *C.* De Kosten der controle.

A. DE TAAK DER MEDISCHE CONTROLE.

Voor het slagen van een zoo billijk mogelijke en vruchtdragende werking der wetgeving is een geneeskundige controle-dienst onontbeerlijk. De langzamerhand breeder opgezette controle ten behoeve der Ongevallenwet heeft dit duidelijk in het licht gesteld en ook voor een gecombineerde ziekte- en ongevallenverzekering zal deze dienst zijn volle waarde behouden, en op uitgebreider leest geschoeid moeten worden. Hij zal moeten omvatten, alles waarin in den loop der jaren van meerdere zijden behoefte is gevoeld. Menigerlei overwegingen leidden er reeds toe, dat overheid en particulieren, organisaties, fondsen en kassen, verzekeringsinstellingen, hier en daar allerlei controle door geneeskundigen invoerden en de daarmede bereikte resultaten hebben het onmisbare van dit instituut dan ook allengs afdoende bewezen. Nog afgescheiden van de uit medische kringen zelf opgekomen wenschen tot het aanstellen van controleerende collegae.

De redenen tot invoering van het stelsel waren van velerlei aard. In de eerste plaats gaven er aanleiding toe de talrijke gevallen van aggravatie en simulatie. Daarbij bleek verder het gemis aan eenige waarde van de afgegeven verklaringen der behandelende geneeskundigen. Dit laatste was niet steeds daarin gelegen, dat men uit eigen belang den betrokkenen ter wille wilde zijn. De behandelend arts beoordeelt meestal slechts wenschelijkheid in elk geval, niet de noodzakelijkheid van werkhervatting

uit het oogpunt van den werkgever of van de organisatie, zonder eenigen dwang erbij, en de patient, dit wetende, voelt in dit opzicht een zekere vrijheid, die hij in het voordeel van zichzelf tracht aan te wenden.

Steunden werkgevers, organisaties, vereenigingen, enz. eerst geheel op de goedgezindheid der behandelende doktoren, van dezen werden tenslotte allerlei soorten verklaringen geeischt, die een omslag van werk veroorzaakten welke storend was in hunne bezigheden, en welker waarde, om de bovengenoemde redenen, ook weer zeer dikwijls in twijfel moest worden getrokken. Bovendien werden zij dan nog meestal zonder betaling verlangd. De medici, eerst toegegeven aan de afgiften der „briefjes", drongen tenslotte op afschaffing ervan aan en eischten op hun beurt dat de beoordeeling, die nu van henzelf werd verlangd over hunne patienten (arbeidsgeschiktheid, wandeluren, schoolverzuim, versterkende middelen, enz.) aan onpartijdige collega's zou worden overgedragen.

Het is niet de bedoeling, hier een historische en critische uiteenzetting te geven van alles, wat er bij de geneeskundige controle komt kijken. Het bestaansrecht vooropstellende, zal het doel zijn de taak in de door mij voorgestelde regeling der sociale verzekering na te gaan. In de voorgaande hoofdstukken is hier op een en ander al gezinspeeld. Het doet echter vreemd aan, dat geen der wetsontwerpen, dat de ziekteverzekering tracht te regelen, de uitbreiding aanroert, die de geneeskundige controle zal moeten ondergaan. Bij de uitvoering der Ongevallenwet is zij van meet af aan ingesteld; bij de invoering eener ziektewet hiernaast (lees: hierbij) zal zij net zoo goed moeten optreden. De particuliere bemoeiingen op dit laatste gebied zijn daarenboven in vele gevallen reeds tot de invoering overgegaan. De voorbeelden bestaan dus voor hen, die aan het woord geweest zijn. In zijn brochure „Over Sociale Verzekering" behandelt Treub, zooals reeds aangehaald is, met een enkel woord het optreden van controleerend-geneeskundigen; doch bij zijn wetsontwerp tien jaar later, eindigt de memorie van toelichting met een en ander over de positie der geneeskundigen en apothekers, zonder dit allerbelangrijkste punt, zonder welk geen ziekte wet mogelijk is, aangeroerd te hebben. Of zag men de moeilijkheid in door het opdragen van de beoordeeling

van ongevals- en ziektegevolgen naast elkaar aan verschillende organen? Ook uit het oogpunt van eenheid in de allerwege bestaande geneeskundige controle wordt het dan tijd, dat er eenheid in de geheele wetgeving komt.

De taak, die aan de geneeskundige controle ten deel valt, vindt zijn oorsprong in doel en werking der wetgeving, zooals in de vorige hoofdstukken geschetst. Als ambtenaren, door de overheid in dienst gesteld van de door haar in het leven geroepen organen, fonds en kas, zullen de controleerend-geneeskundigen hebben mede te werken, dat de taak, die aan beiden gesteld wordt, zoo goed mogelijk, tenslotte dus in het belang der verzekerden zelf, wordt uitgevoerd. Zij zullen daarbij onpartijdig oordeelen, naar hun beste medische weten. Hun uitspraak zij steeds adviseerend tegenover het bestuur, dat tenslotte de beslissing in handen heeft. De controleerend-geneeskundige dienst zij een adviseerend onpartijdig medisch oordeelend instituut.

Zooals bij het ziekenfonds is opgemerkt, zal op den voorgrond moeten staan, dat bij de te verstrekken geneeskundige behandeling slechts de noodzakelijkheid en daarbij dan de zoo groot mogelijke volledigheid moet gelden. Dit zal den controleerend-geneeskundige steeds voor oogen moeten staan. Is de behandeling noodzakelijk, goed, maar dan ook zoo volledig en zoo intensief mogelijk, zonder nuttelooze duurte die niet evenredig is aan het te verwachten resultaat. Zijn werk zal daar beginnen, waar hij bij de aangifte van een geval van ziekte of ongeval al direct zal moeten beslissen over de arbeidsgeschiktheid; of er termen aanwezig zijn tot het gedeeltelijk verrichten van arbeid; of er misschien aan den verzekerde werkzaamheden kunnen worden opgedragen, die beter met zijn constitutie overeenkomen. Hij zal de behandeling moeten nagaan en, wanneer er zijns inziens reden voor is, overleg plegen met den behandelenden collega; zoo noodig zal specialistische hulp op zijn aandringen worden ingeroepen of zal hij bevorderen, dat niet getalmd wordt met meer intensieve behandeling in een ziekeninrichting. Naast het recht, dat den verzekerde zoo goed mogelijke geneeskundige hulp verstrekt wordt, zal ook verlies aan tijd zich steeds wreken, dus nadeelig zijn voor fonds, kas en patient. Hij zal verder den duur der uitkeering beoordeelen

en voor de bewijzen daartoe zorgen. De verzekerde zal eerst dan uit zijn belangstelling verdwenen zijn, wanneer zijn gezondheidstoestand dit weer toelaat.

Is „na eenigen tijd" de arbeidsgeschiktheid niet volledig teruggekeerd, dan zal hij de aan de invaliditeit verbonden rente bepalen. Hier hangt alles af van den verzekeringstechnischen opzet. Is de invaliditeit van tijdelijken aard, dan wordt de patient na herstel uitgeschreven. Is ze van blijvenden aard, dan zal de verzekerde vanwege een herziening der rente moeten worden teruggezien. Tenslotte zal de interesse van den controleerend-geneeskundige in dit opzicht ophouden, wanneer met een vast pensioen de verzekering in engeren zin een eind neemt.

Vervallen zullen dus alle beoordeelingen of de dood aan het ongeval te wijten is, of er een ongeval in den zin der wet bestaat, over schadeloosstelling van ongevalsletsels bij ziektetoestanden, e. z. m. Hiervoor is geen plaats in de wetgeving, die, zooals reeds in het eerste hoofdstuk is opgemerkt, slechts één praktische overweging zal dienen te huldigen. Zal dan voor de betrokkenen het directe belang van een en ander niet gelden, indirect zal echter als onderdeel van de taak van den controleerend-geneeskundigen dienst het materiaal verwerkt moeten worden.

Naast deze taak zullen meer speciale medische kwesties de aandacht vragen van den controleerend-geneeskundigen dienst en wel die, waaruit afzonderlijke kosten voor het ziekenfonds voortvloeien, d. z. dus de verpleging in ziekeninrichtingen, de apart te honoreeren stralenbehandeling, de verstrekking van kunstmiddelen en exceptioneele pharmaceutische preparaten, alsmede de machtiging tot het ziekentransport.

Zonder zijn toestemming zal geen opname in eenigerlei ziekeninrichting voor *ieder* lid van het ziekenfonds kunnen worden verkregen. Daarmede samenhangend zal de duur der verpleging aldaar moeten worden nagegaan.

Het is in de praktijk wel gebleken, dat van de ziekenhuisopname onnoodig gebruik wordt gemaakt. Ik wees hier reeds op bij de bespreking van de noodzakelijke eischen, die tot de verpleging aldaar moeten gelden (blz. 44). Doch over die noodzakelijkheid zal verschil van meening kunnen bestaan, en om de richtige en uniforme

uitvoering te bevorderen, zal de beoordeeling aan dezen dienst moeten worden overgelaten. De controleerend-geneeskundigen zullen die beoordeeling het beste kunnen uitoefenen, doordat zij rekening houden met allerlei factoren, die den behandelenden medici niet alleen niet voldoende bekend zijn, doch waarmede van hun standpunt uit ook niet in de eerste plaats kan gerekend worden. Bovendien dwingt de beschikbare ziekenhuisruimte er soms ook toe, dat toezicht op de opname wordt uitgeoefend (bijv. in tijden van epidemieën), zoodat zij die ze beslist noodig hebben, deze verpleging ook krijgen. De gemeentelijk geneeskundige dienst te Amsterdam bijv. controleert zelfs de spoedgevallen; dit lijkt mij in het uitgebreide gebied van het ziekenfonds niet altijd uit te voeren. Mocht de ervaring ertoe dwingen dan zal in den loop der tijden altijd partieel hiertoe nog kunnen worden overgegaan.

Welke indicaties zullen voor den controle-dienst bestaan bij de beoordeeling der noodzakelijkheid van opname in ziekeninrichtingen? Medische en sociale. De eerste zullen gelden in die gevallen, waarbij behandeling thuis niet mogelijk is of waarbij verblijf in een inrichting noodzakelijk is ter onderzoek. Bij de sociale indicaties zal overwogen moeten worden of de toestand thuis of elders anders in overwegende mate invloed ten nadeele zal doen gelden op het ziekteproces, en of hierin niet op andere wijze geholpen zal kunnen worden. Elk geval zal afzonderlijk sociaal bekeken moeten worden binnen een bepaalde gedragslijn en vooral deze indicaties zullen de meeste moeilijkheden opleveren. Zij zullen m. i. tot de groote uitzonderingen moeten behooren. Zooals reeds is opgemerkt, het ziekenhuis zal geen regel moeten worden, het particulier initiatief of soms overheidszorg moeten hier meehelpen en kunnen dit met meer reden doen, nu door de zoo uitgebreide verzorging vanwege het fondswezen hun taak dikwijls veel ontlast zal worden. Met bestaande plaatselijke toestanden zal rekening gehouden dienen te worden, wat betreft bijv. de opname van lijders aan besmettelijke ziekten. De invloed van de ziekenkas zal bij deze ziekten ook meespreken. Het kan voor sommige toestanden aanbeveling verdienen de machtiging tot opname voor een bepaalden duur te verleenen, waarna eventueel

hernieuwd onderzoek in het ziekenhuis plaats heeft, hetgeen herhaald kan worden, zoo dikwijls het noodig zal zijn.

De controle op de opname zal voor iedere aanvraag moeten gelden, van alle deelnemers, en wel vóór de opname, spoedgevallen dan uitgezonderd. Ik kan mij niet voorstellen waarom, zooals van specialistische zijde wel verdedigd wordt, hier voor hen een uitzondering gemaakt moet worden en eerst controle na de opname zal geschieden, omdat de controleerend-geneeskundige nu eenmaal geen universeel specialist kan zijn. De praktijk, daar waar spoedgevallen zelfs gecontroleerd worden, is er mede in strijd. Bovendien zal de duur der specialistische behandeling in de ziekeninrichting wel aan hunne controle onderworpen zijn. Doch het gaat er hier om of de medicus, hetzij huisarts of specialist, een aannemelijke motiveering kan geven van de redenen, die hem noopten tot de aanvraag om opname, en dit zal ieder controleerend-geneeskundige met algemeene medische ontwikkeling wel kunnen beoordeelen. Zondert men de controle vóór de opname voor de patienten van specialisten uit, dan is het lang niet buitengesloten, dat van den huisarts via den specialist de patient toch het ziekenhuis binnenkomt, met den last en de onaangenaamheden voor alle partijen, wanneer de controle-arts het transport rechtsomkeert naar huis noodig oordeelt.

Verder zal dus ook van eventueele stralenbehandeling kennis moeten worden gegeven, waarbij duidelijk zal moeten blijken, waarvoor zij noodig geacht wordt, hetgeen ook voor de verstrekking van kunstmiddelen zal moeten gelden. Daardoor zal niet in geringe mate worden bijgedragen, dat er zuinigheid betracht wordt. Hetzelfde geldt wanneer verstrekking van afwijkende pharmaceutische of andere preparaten (bijv. vaccins voor bepaalde behandeling, origineele bronwateren, enz.) aangevraagd wordt. Ook de machtiging tot ziekenvervoer (behoudens spoedgevallen) blijkt niet ontbeerd te kunnen worden

Daarnaast zal de controleerend-geneeskundige als adviseur van het bestuur optreden, wanneer dit op eenigerlei wijze voorlichting behoeft, zooals zal kunnen voorkomen bij de beoordeeling in het algemeen van allerlei

medische en pharmaceutische kwesties. Zijn er geschillen tusschen leden en deelnemers, of tusschen de deelnemers onderling, dan zullen deze aan zijn oordeel worden onderworpen. Hierop is reeds gewezen; bijv. wanneer de huisarts specialistische behandeling van een patient niet noodig vindt en deze zich daartegen verzet, wanneer door een specialist een behandeling onnoodig gerekt wordt, wanneer er misbruiken zich voordoen, doordat een huisarts teveel naar een specialist verwijst, of verdenkingen worden geopperd over ondeugdelijke pharmaceutische of andere verstrekking of medicamenten worden aangevraagd op recept, welke meer tot de gewone gebruiksartikelen behooren, e. z. v. m.

Daar de controleerend-geneeskundige dienst een onderdeel is van de sociaal-geneeskundige bemoeiingen in het algemeen, zal samenwerking met de andere medische rijksdiensten dienen te geschieden, zoowel omdat de verschillende diensten telkens op elkaars terrein zullen komen, als ook om onnoodig werk te vermijden. De medische arbeidsinspectie zal informatie kunnen inwinnen voor haar taak, bij den geneeskundigen controle-dienst. De samenwerking tusschen deze beide diensten brengt een punt ter sprake, dat hier vermelding verdient. Laat ik hier allereerst Dr. D. A. van Riemsdijk, controleerend-geneeskundige der gemeente Amsterdam aan het woord [1].

„Ik moet in verband hiermede wijzen op een zijde van onze taak, welke wellicht niet voldoende de aandacht van alle controleerende artsen heeft. Namelijk het opkomen voor de hygienische belangen van den arbeider door het opmerken of opsporen en zoo mogelijk weren, van beroepsschadelijkheden. Als voorbeelden van hieromtrent aan de Directie van enkele gemeentebedrijven uitgebrachte rapporten noem ik:

1°. Rapport over platvoetbezwaren en klachten over algemeene vermoeidheid van trambestuurders, in verband met de wenschelijkheid van zitstoelen;

2°. rapport vermindering diensturen van trambestuurders;

[1] Sociaal Medisch Maandschrift. Febr. 1912. blz. 15.

3°. rapport afsluiting van trambalcons door glazen puien;

4°. rapport tusschenmaaltijd trampersoneel bij lange dienstperioden;

5°. rapport mogelijke loodvergiftiging bij G. E. W. en daaruit voortvloeiende voorzorgsmaatregelen;

6°. rapport over noodzakelijkheid van verkorting diensttijd telefonisten, waardoor ziektepercentage daalt van 9.65 % tot 5.27 %.

7°. rapport regelmatige oogenkeuring van autogeenlasschers.

't Is duidelijk, dat de gezondheidsbelangen van geheele groepen van arbeiders hiermede worden gediend, hun voortijdige slijtage wordt voorkomen en daarmede hun werklust, hun werkkracht en derhalve ook de belangen van het bedrijf worden gebaat. Daling van het ziektepercentage kan hiermede ook worden bereikt."

Daar in den algemeenen opzet der wetgeving verschillende beoordeeling van ongevalsletsels, ziekten en samengestelde toestanden niet als eischen voor de uitkeering zal gelden, zoo zal echter de controleerend-geneeskundige dienst een medische bewerking van dit materiaal tot haar taak hebben te rekenen, waardoor zij weer in het belang van fonds en kas, en dus van de verzekerden zelf, als door samenwerking met andere staatsdiensten in het algemeen volkswelzijn zal werkzaam zijn. Door contact met de Arbeidsinspectie, met het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, met dat op de Krankzinnigenverpleging, de Woninginspectie enz. zal zich het ziekenfondsziekenkaswezen dan via den controleerend-geneeskundigen dienst mettertijd meer en meer ontwikkelen kunnen als een instituut dat van groot belang zal worden als een onderdeel van de Volksgezondheid als geheel beschouwd.

In het kort herhaald, zal de veelzijdige taak van den medischen controle-dienst dan deze zijn:

1°. Het constateeren van arbeidsongeschiktheid in het algemeen, het bepalen van den duur ervan en de beoordeeling van uitkeering, daaraan verbonden;

2°. Controle op de geneeskundige behandeling daarbij;

3°. Controle bij opname in ziekeninrichtingen en op

den duur der verpleging; bij het verstrekken van stralentherapie, van kunstmiddelen en van bijzondere geneesmiddelen; op de aanvragen voor ziekentransport;

4°. Adviezen uitbrengen aan het fonds-kasbestuur in allerlei medische kwesties;

5°. Bewerken van het medische materiaal; samenwerking met andere sociaal-geneeskundige rijksdiensten.

Deze specialistische werkkring zal aan hem of haar, die belang stelt in sociale zaken en er zich geheel aan geeft, naast vele moeilijkheden een rijkdom aan variaties opleveren en daarbij medisch ook ruimschoots voldoening schenken.

Wat de verschillende onderdeelen betreft, het zij hier opgemerkt, is geen van deze een novum. Het systematische in de uitvoering ontbreekt slechts. Toch wil ik nog een oogenblik stilstaan bij de bezwaren, die in het algemeen ertegen zullen worden ingebracht. Zij zullen wel in hoofdzaak worden aangevoerd door hen, medici e. a. zoowel als verzekerden, die er een inbreuk in zien op hunne persoonlijke vrijheid van handelen, op hun verantwoordelijkheidsgevoel. Geheel vrij is echter niemand in het maatschappelijk verband, en wanneer met de noodige tact en menschenkennis de controle wordt uitgevoerd, zal de aanstoot van de „goeden" verdwijnen en zullen zij in vergelding met de „kwaden" wel berusten. De gelijke behandeling van allen, die onder de wetgeving vallen, zal dan gewaardeerd worden. Het bezwaar, dat zoowat iedereen onder controle komt te staan zal, gezien het doel ervan, en door het stelsel van eigen beheer zal het nog meer uitkomen, dat het in het belang juist van henzelven, de verzekerden is, niet als ambtenarij beschouwd behoeven te worden.

De bestaande controle-instituten, vooral dat der Ongevallenwet en die in de groote steden, hebben reeds zeer velen met de werking ervan vertrouwd gemaakt. In de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst wordt bovendien algemeen de opvatting gehuldigd, dat de geneeskundigen het als plicht erkennen, zoo nauw mogelijk met de controle samen te werken.

Zijn er, die de controle als iets onvermijdelijks, al of niet noodzakelijk beschouwen, en als zoodanig er tegenover staan, ook zijn er velen, medici zoowel als verzeker-

den, die het zullen toejuichen dat daardoor gelegenheid bestaat tot wisseling van gedachten.

Maar daarnaast zal de medische controle haar bestaansrecht kunnen doen gelden op wat men zou kunnen noemen haar sociaal-medisch specialisme. Op haar terrein komen steeds allerlei sociale vraagpunten voor, die de behandelende geneeskundigen ook wel ter beoordeeling krijgen, doch waar juist voor een breede appreciatie een afzonderlijke ondervinding geeischt wordt. De kwesties der arbeidsgeschiktheid en de invaliditeitsbepalingen zullen een belangrijk gedeelte van het werk omvatten, des te meer deskundig, waar tevens de daaraan te verbinden geldelijke uitkeering dikwijls zal moeten worden bepaald. Doch ook, het ligt niet op den weg der behandelende artsen met allerlei sociale aangelegenheden bij hun werk rekening te houden, tenminste niet bij de samengesteldheid en ingewikkeldheid, die het fonds -en kaswezen en de wetgeving in deze te zien geven.

Zullen de bezwaren tegen dit gedeelte der controle praktisch wel zeer gering zijn, des te meer zullen er komen, wanneer deze zich gaat uitstrekken over de behandeling en toch vloeit dit er van zelf uit voort, want het terugkeeren der arbeidsgeschiktheid hangt ten nauwste samen met de ingestelde therapie. Ook met het oog op de kosten voor het fonds zal de aard der behandeling van invloed kunnen zijn. Het gaat er hier echter nu niet om, dat de controleerend-geneeskundige zijn wil oplegt, hoe de behandeling zal moeten worden uitgevoerd, dat hij zich de man waant, die alles het beste weet; nog daargelaten of de controle-artsen bij de meer uitgebreide taak der allesomvattende wetgeving het monopolie der alwetendheid voor zich zouden kunnen opeischen. Indien het te verwachten resultaat eener behandeling hem voorkomt niet in het belang te zijn van den patient, zal hij overleg gaan plegen en zal hem, zoo noodig, recht tot ingrijpen moeten worden gegeven. Het gaat er hier nu om, welk recht in deze aan den controleerend-geneeskundige moet worden toegekend en hoe dit persoonlijk door hem wordt uitgeoefend. Door de Rijksverzekeringsbank schijnt de ondervinding te zijn opgedaan, dat die bevoegdheid vrij groot moet zijn. Korteweg wees echter in een polemiek met den medisch-adviseur der R. V. B. terecht op de

schaduwzijde van dit gedeelte der controle door dik en door dun [1]. Doch bij de geneeskundige controle der Rijksverzekeringsbank is ook gebleken, dat het aantal gevallen, waarin de goedwillende medicus spontaan voeling zoekt en bespreking houdt met de controleerend-geneeskundigen, met den dag stijgt [2].

Hoe het ook zij, een zekere macht zal aan den controleerend-geneeskundige, wat betreft zijn geheele taak, noodzakelijk moeten worden toegekend, en het geheele stelsel der controle zal langzamerhand als een integreerend deel van de sociaal-geneeskundige bemoeiingen beschouwd moeten worden. Hoe het door de betrokkenen opgevat zal worden hangt geheel af van de tact en het optreden van hen, die met de toepassing belast zijn. In de praktijk zijn wel de alzijdige voordeelen gebleken, die van zijn werking uitgaan.

Onder de volledige controle zullen dan vallen allen, die verzekerd zijn zoowel in het fonds als bij de kas. Voor hen, die niet voor geldelijke uitkeering verzekerd zijn zullen dan speciaal de eerste twee punten van het opgenoemde korte program dus niet gelden.

Doordat allen tot zekeren welstandsgrens verplicht verzekerd zullen zijn en dus onder dezen controle-dienst vallen, zal er geen reden meer zijn de controle, die nu allerwege verspreid bestaat, te bestendigen. De bezwaren tegen deze z.g. „dubbele controle", zooals die nu van verschillende zijden te berde zijn gebracht, zullen dus vervallen. Zoowel de patienten, die tegenwoordig tochten moeten maken naar twee of meer controleerend-geneeskundigen of bezoeken van deze (plus van den huisarts) krijgen, als de behandelende medici, die slechts met één dienst te maken zullen hebben, zullen deze vereenvoudiging waardeeren. Nog afgezien van de besparing van onnoodige uitgaven door concentratie in één hand. De poging der Vereeniging van Nederlandsche Gemeenten te dien opzichte zal in het bovenstaande een oplossing kunnen vinden.

Het zal verder een punt van overweging moeten uit-

[1] Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank. Januari 1924.
[2] Brocx, Gen. Tijdschr. der R. V. B. Mei 1920.

maken, of ook van den controleerend-geneeskundigen dienst gebruik gemaakt zal worden voor andere dan rechtstreeks uit de wetgeving voortvloeiende werkzaamheden, bijv. voor het verrichten van keuringen voor het Rijk door deze Rijksambtenaren. Dit ligt geheel in de lijn van de taak der controle-artsen; het bepalen van arbeidsgeschiktheid en het doen van keuringen hangt nauw met elkaar samen. Ik heb hier op het oog keuringen voor den Pensioenraad, voor overheidsbedrijven. In art. 74 der Pensioenwet wordt het inwinnen van een rapport van den controleerend-geneeskundige, onder wiens toezicht de aanvrager binnen de laatste vijf jaar stond, reeds voorgeschreven. In het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde [1] wees Dr. C. H. van Herwerden op het belang van den medischen controle-dienst zoowel voor den Pensioenraad als voor den aanvrager.

Hiervoor zal alle reden zijn, daar bij dezen dienst, wordt hij algemeen ingevoerd, meer en meer gegevens omtrent velen der betrokkenen aanwezig zullen zijn. Gaan wij echter een stap verder, dan zou ook voor allerlei andere keuringen voor gemeente en provincie hetzelfde kunnen gelden. Bovendien is de controleerend-geneeskundige dienst, zoowel door het beschikken over de vereischte gegevens als door zijn sociaal-medisch specialisme het aangewezen orgaan, bij wie verschillende overheidslichamen adviezen kunnen inwinnen. Hier vergelijke men bijv. de allengs meer uitgebreide taak van het Controle- en Meldingsbureau van den gemeentelijk geneeskundigen dienst in de hoofdstad [2]. Zoo heeft het Instituut Controleerend-Geneeskundige te Deventer, uitgaande van fondsen en kassen, waaraan de plaatselijke overheid en particulieren verbonden, uitsluitend voor Controle-werkzaamheden en nergens anders op dergelijke leest geschoeid een taak, die behalve veel uit het opgenoemde korte program, ook het geven van allerlei adviezen aan overheidsinstellingen inhoudt. Door concentratie in één hand van deze speciale werkzaamheden, treedt naast het voordeel van besparing van arbeid, tijd en kosten, een zeer ge-

[1] De nieuwe pensioenwet en de controle van gemeentepersoneel. April 1923.
[2] Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, feestnummer van de G. G. D. te Amsterdam. Mei 1924.

wenschte uniformiteit in de beoordeeling op. Voor het gemeentebestuur worden adviezen gegeven over bepaalde aangevraagde verplegingen elders; voor de gemeentelijke arbeidsbeurs worden bijv. keuringen verricht in verband met bepaalde tewerkstellingen (werkverschaffing, werkverruiming); voor het gemeentelijk armbestuur worden keuringen gedaan voor een bepaald beroep in verband met eerste steunverleening, wordt de voedselverstrekking voor zieken beoordeeld, de geschiktheid tot stempelen van werkloozen onderzocht, worden invaliditeitsaanvragen geadviseerd, enz. Ook op ander gemeentelijk overheidsterrein kunnen wij ons werkzaamheden denken, waarvoor de controleerend-geneeskundige dienst het aangewezen orgaan is, bijv. de keuring van minderwaardige arbeidskrachten, e. z. m. Bij een en ander treedt duidelijk het belang naar voren, dat deze werkzaamheden aan onafhankelijke ambtenaren worden opgedragen en in één hand gebracht worden.

Verder zal nader overwogen dienen te worden, of ook de gelegenheid zal worden opengesteld dat voor hen, die reeds nu bijv. onder een gemeentelijk geneeskundigen controle-dienst vallen, of op verzoek van een particuliere instelling worden gecontroleerd en gekeurd, doch niet tot de verplicht verzekerden zullen behooren, van dezen Rijksdienst kan worden gebruik gemaakt. De billijkheid vergt, dat geen uitzondering gemaakt wordt tusschen verschillende categorieën van personen aan eenzelfde instelling verbonden, temeer waar slechts de mate van het inkomen zal gelden, terwijl de beoordeeling door éénzelfden dienst de voorkeur verdient.

Al deze werkzaamheden zullen naast de eigenlijke taak van den controleerend-geneeskundigen dienst, die dus is in het belang der sociale verzekeringswetgeving, onder de oogen moeten worden gezien. De wenschelijkheid alles in één hand te brengen, lijkt mij uit een en ander wel vaststaand. Voor kleine gemeenten zal er geen noemenswaardige vermeerdering van werk voor de controle door plaats hebben; voor grootere zal dan echter een uitbreiding der districtsdiensten met bepaalde functionarissen voor een speciaal onderdeel niet kunnen worden ontbeerd. Een voordeel zal het bovendien ook nog zijn, dat de groote zoo volledig mogelijk ingerichte Rijksdienst zal

beschikken over specialistische krachten, wier oordeel eventueel kan worden ingeroepen.

B. DE UITVOERING DER CONTROLE.

1. De algemeene uitvoering.

Voor de uitvoering der taak, in het vorige omschreven, zal dus een groot korps sociaal-geneeskundige ambtenaren noodig zijn en het is verder wel duidelijk, dat deze gebiedsgewijze aan de ziekenfondsen en de daaraan verbonden ziekenkassen moeten worden toegevoegd. *Decentralisatie* dus der werkzaamheden; elke dienst *zelfstandig* optredend en zijn beslissingen nemend. Voor een snelle en afdoende gang van zaken is dit onontbeerlijk; de controle zal beter tot haar recht komen, des te spoediger de controleerend-geneeskundigen met iedere te nemen beslissing in kennis worden gesteld. De geschetste taak, en deze is toch noodzakelijk, kan eenvoudig niet gecentraliseerd worden. Maar het een vloeit ook uit het ander voort: De menschen zijn verzekerd binnen een bepaald gebied en bij een aldaar bestaand instituut, hier wordt alles behandeld en uitgevoerd, wat te hunnen opzichte is vastgesteld. De controle-dienst is hier een integreerend deel van. Hiervoor nu een centraal bureau in te schakelen, is onlogisch; het geeft verlies aan tijd en geld en kan den toestand der betrokkenen benadeelen. Alle aangiften en aanvragen komen binnen bij den dienst van het bepaalde gebied, waartoe de verzekerden behooren. Hier berust hun geneeskundig dossier. De controle-artsen zullen het beste in hun eigen gebied hun werkzaamheden kunnen beoordeelen en regelen. En ervaring op dit terrein is er hier te lande genoeg om de zelfstandige leiders van deze gedecentraliseerde diensten te vinden, die de wettelijke voorschriften zullen kunnen beoordeelen en de praktijk van een en ander uitvoeren.

Decentralisatie der geneeskundige controle in de huidige ongevallenwetgeving is al verschillende malen bepleit; op de nadeelen wat betreft de beslissingen ingevolge de Invaliditeitswet, bijv. over de bepaling van den duur der sanatoriumverpleging vanuit Amsterdam, is dikwijls gewezen.

Een gecentraliseerd bureau kan en moet in de praktijk

nu eenmaal niet anders dan vertrouwen op de rapporten van zijn medewerkers en „conform" adviseeren. Dit is met evenzoovele woorden door het bestuur der Rijksverzekeringsbank zelf erkend [1]. Gaat dit in een klein korps misschien gemakkelijk, bij een grooten dienst zal het zijn bezwaren meebrengen. In een Maatschappij-rapport [2] wordt deze decentralisatie ook onder de oogen gezien en door vooraanstaande mannen uit de praktijk, onder wie zich ook een controleerend-geneeskundige der Rijksverzekeringsbank bevindt, unaniem bevestigend beantwoord.

Door de R. V. B. is erop gewezen [3], dat een uniforme beoordeeling in de verschillende beslissingen geheel in den geest der Ongevallenwet is, die een zoo ideaal mogelijke gelijkheid van recht voor alle getroffenen eischt. Decentralisatie zou een onhoudbaren toestand scheppen in den rechtstoestand der getroffenen. Er wordt elders beweerd, dat het aantal beroepen vermeerderd zou worden, indien de beoordeeling der rente overgelaten zou worden aan de beslissingen van verschillende controleerend-geneeskundigen. Alsof er nu algemeene tevredenheid bestaat over de eenheidsuitspraken in deze. Het lijkt mij daarenboven onmogelijk, dat een gelijkvormige regeling voor het geheele land van alle ziektegevallen gevolgd zal kunnen worden. En een ziektewet met uitkeering van ziektetoestanden afhankelijk, zonder geneeskundige controle ook over deze gevallen, ik herhaal het nog eens, is onbestaanbaar. Plaatselijke toestanden in een betrekkelijk klein gebied zullen den daarin werkzamen controleerend-geneeskundigen het beste bekend zijn, en hunne beslissingen daarnaar ingericht, zullen er juist omgekeerd toe bijdragen, dat ontevredenheden als gevolg van een uniforme beoordeeling, beperkt worden. De wetgeving zal in deze uitvoering juist idealer worden.

Hoe wil men anders dan door een gedecentraliseerden dienst de algemeen uit te voeren controle het beste tot zijn

[1] Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank. April 1921. G. O. Meulman. Het medisch raderwerk der Bank (Ongevallenwet).

[2] Commissie benoemd door het hoofdbestuur der Ned. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, ter beantwoording van de vraag: „Is het wenschelijk, dat één gemeenschappelijke geneeskundige dienst voor de uitvoering der sociale verzekeringswetten zal ingesteld worden?" Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 26 Mei 1923.

[3] Gen. T. der R. V. B. Mei 1921. P. N. van Lit. Het nut der directe controle en de noodzakelijkheid van de medische afdeeling der Rijksverzekeringsbank.

recht laten komen? Op de nadeelen, die bijv. bestaan bij de Centrale Landbouw Onderlinge, is gewezen door W. Schuurmans Stekhoven [1]. Maar bovenal, nooit neme men een stelsel van versnipperde medische controle!

Of de controle op de geneeskundige behandeling der verzekerden onder de decentralisatie zou lijden? De voorstanders der „directe" controle schijnen er bevreesd voor te zijn, juist in verband met het belang hiervan voor deze taak. „Zou het inderdaad mogelijk zijn, dat onder het motto „decentralisatie" dit gelukkig resultaat, dat ook gewaardeerd wordt door het overgroote deel der behandelend geneeskundigen, weder zou verdwijnen? Het lijkt mij onmogelijk. Hoe ook de verdere uitwerking der sociale wetgeving er zal uitzien, welke veranderingen er zullen komen, welke organen belast zullen worden met de ziekte- en ongevallenverzekering, het zal noodig zijn, vóór alles in het belang van den getroffene, dat steeds blijve een directe controle als thans bestaat" (Broex. Gen. T. der R. V. B. Mei 1920).

Juist bij de gedecentraliseerde controle, verbonden direct aan de fondsen en kassen, zal het systeem van zoo vroeg mogelijk zien der aangegeven gevallen het beste doorgevoerd kunnen worden, doch dan behoort de regeling der controle ook van meet af aan degelijk te worden opgevat. Van groot belang acht ik het ook, dat in elk district meerdere controleerend-geneeskundigen in één verband werkzaam zijn, wat overleg mogelijk maakt.

Daar de uitgebreide taak der geneeskundige controle aan medici met algemeene ontwikkeling en ervaring op geneeskundig gebied zal moeten worden opgedragen, mede om het sociale karakter van hun werk, zullen zij behoefte kunnen hebben aan het inroepen van het oordeel van specialisten. De wetgever zal ook de mogelijkheid moeten openen, dat specialist-controleerend-geneeskundigen in algemeenen dienst worden aangesteld. Bij de controle op de behandeling kunnen wij hier denken aan de zich ontwikkelende vraagstukken op het gebied der prothesen; bij de bepaling der arbeidsgeschiktheid misschien aan de nieuwe wetenschap der psychotechniek; aan het nog vrijwel braak liggende terrein der beroepskeuze, aan de nazorg voor tu-

[1] Gen. Tijdschrift der R. V. B. April 1924.

berculose-lijders, enz. De behoefte aan een en ander zal zichzelf moeten regelen.

Deze decentralisatie in den dienst behoeft echter een *algemeenen leider* niet uit te sluiten. Hoewel hij zich niet met de beslissingen van elk onderdeel zal bemoeien, zal hij toch van de uitoefening van den geheelen dienst als zoodanig op de hoogte moeten zijn Door overleg en bespreking met de onder hem staande ambtenaren zal hij leiding kunnen geven aan de uitoefening van het geheel; hij zal voorstellen doen ter verbetering en aanvulling van den dienst, doordat hij alles overziet (eenheid in de administratie, bij de bewerking van het materiaal, regeling van de behoefte aan specialist-controleerend-geneeskundigen, e. z. m.). De inspecteur zal voor de verdeeling der controleerend-geneeskundigen over de verschillende gebieden, al naar ieders persoonlijken aanleg, zorg dragen en met hunne bekwaamheden en belangen rekening kunnen houden. Hij zal geregeld contact houden met de hoofden van andere medische rijksdiensten en door het doen van voorstellen in den loop der tijden medewerken tot de gezonde ontwikkeling der geheele sociaal-geneeskundige wetgeving.

Hetgeen voor het fonds- en kaswezen over het geheele land zal gelden zal ook voor de controle het geval zijn en een algemeene regeling getroffen moeten worden, dat bij vertrek uit een district of gebied hierin voorzien wordt. Een zwakke poging wordt heden ten dage reeds gedaan doordat controleerend-geneeskundigen elkaars patienten bij tijdelijk verblijf in een andere plaats overnemen. In het bijzonder zal het de taak van de Inspectie zijn hier een regeling voor te treffen.

Een enkel woord over de z.g. *leekencontrole.*

Deze wordt verschillend beoordeeld. In zeer vele fondsen, kassen en organisaties behoort het tot de bestuursfuncties toezicht en moreele pressie op de leden uit te oefenen, of zijn leden of daartoe aangestelde commissarissen met deze taak belast [1]. Zij ontvangen geregeld opgave van de ziekgemelden. Er zijn ook kassen, die meenden het zonder geneeskundige controle te kunnen stellen, doch

[1] Zie ook „Onderzoek naar de in Nederland bestaande fondsen tot ondersteuning van arbeiders bij ziekte", Directie van den Arbeid 1912.

de noodzakelijkheid ervan hebben ingezien en het aanstellen van deze functionarissen heeft hen in het gelijk gesteld.

Hoewel inlichtingen van niet-deskundigen zeer dikwijls groote waarde hebben en door de controleerend-geneeskundigen soms niet te ontberen zijn, zijn hun ook omgekeerd gevallen genoeg bekend, waar bij of tijdens de ziekvermelding ten onrechte vermoedens van werkschuwheid werden geuit, die door het onderzoek werden geloochenstraft. Naast de geneeskundige controle, dus in samenhang er mede, zal men goed doen, een soort politioneel toezicht te scheppen. In de reglementen van kassen en fondsen, tot de kleinste toe, vindt men bepalingen daaromtrent over het verrichten van arbeid voor derden, het bezoeken van café's en openbare vermakelijkheden, het verplicht zijn zich te houden aan vastgestelde wandeluren (z. g. wandelkaarten of straatbriefjes), toestemming voor mogelijke afwijking van het toegestane bijv. voor bezoek buiten de kom der gemeente, enz. Hier kan het zelfbestuur ook in deze richting meewerken. Het wordt als een leemte beschouwd, dat dit toezicht bij de controle der ongevallenverzekering gemist wordt; temeer zal dit gelden, wanneer de ziektegevallen erbij zullen komen. Ook door gemeentelijk geneeskundige diensten is op het nut van dit toezicht gewezen. Het worde dan ook, al naar behoefte, aan de medische controle van fonds en kas toegevoegd, staande onder deze, die de taak ervan zal te beoordeelen hebben, en alleen ook het beste kan uitmaken of behoort uit te maken, hoe op dit moeilijke terrein de gang van zaken zal dienen te zijn. Niet in ieder gebied zal de behoefte eraan zich in gelijke mate doen gevoelen. Het zal voor toezicht en onderzoek in ruimen zin kunnen gebezigd worden.

2. De verplichtingen der deelnemers en verzekerden tegenover de controle.

Er is reeds op gewezen, dat het verleenen van medewerking aan de geneeskundige controle door de behandelende medici vrijwel algemeen gehuldigd, zoo niet als plicht gerekend wordt. Zij zullen de controle als zoodanig niet alleen niet tegenwerken, doch die plicht zal ook meebrengen het geven van inlichtingen, wanneer die gevraagd worden. Het zal goed zijn vooraf dit laatste punt en in het

algemeen de verhouding tusschen behandelend en controleerend-geneeskundige even onder de oogen te zien. Want de wetgeving moge verplichtingen opleggen aan den een en den ander zekere macht in handen geven, wanneer de verhouding tusschen hen beiden te wenschen overlaat, zal er van eendrachtig samenwerken, zooals het behoort, niets komen. Met name zal de behandelend geneeskundige zich dan bij het minste of geringste al gauw achter zijn beroepsgeheim verschuilen.

Bij de invoering eener systematische geneeskundige controle over het geheele land, zal, in tegenstelling met wat nu hier en daar plaats heeft, er geregeld contact tusschen de praktizeerend-geneeskundigen en hunne controleerende collega's plaats hebben. In de eerste plaats zal het noodzakelijk zijn, dat de heeren elkaar kennen en de verhouding ten opzichte van elkaar besproken hebben. Hier moge wel even de aandacht op gevestigd worden, geheel overbodig is dit niet. Het is ondoenlijk en ook niet gewenscht bovendien, dat over iederen patient afzonderlijk overleg gepleegd wordt. Hebben controleerend- en behandelend geneeskundige elkaar van te voren verstaan over de algemeene punten, dan zal dit ook niet noodig zijn.

Het is in het algemeen af te keuren, dat de patient openlijk betrokken wordt in het verschil van meening, dat er tusschen hen mocht heerschen al is het soms niet te vermijden. Bij een goede collegiale verhouding is het ook niet iets absoluut ontoelaatbaars, bijv. wanneer de patient zelf al eens als tusschenpersoon optreedt. Het onderling vertrouwen zal er dikwijls door gebaat worden. Nooit echter mag, noch van de eene, noch van de andere zijde, iets gezegd worden, dat het vertrouwen van den patient in den behandelend of in den controleerend-geneeskundige kan schaden, evenmin als door onaangename opmerkingen aan het adres van een van beiden een zekere haat gezaaid mag worden.

Het is mijn meening dat, eenmaal het instituut controleerend-geneeskundige aanvaard, en door dezen met eenigen tact uitgevoerd, moeilijkheden wel in der minne geschikt zullen kunnen worden, wanneer maar overleg gepleegd wordt. Hiervan moet worden uitgegaan: De controleerend-geneeskundige stelle met alle hem ten dienste staande middelen zijn diagnose, hij onderzoeke steeds de

patienten om zich een oordeel te vormen. Het is een niet te tolereeren gedragslijn uit gemakzucht of anderszins te trachten de diagnose van den behandelend arts te weten te komen. En dan zou ik niet weten wat er tegen is, dat door collegiale bespreking, door inzage van ziektegeschiedenissen e. d. aan den controleerend-geneeskundige wordt medegedeeld, wat hem ontbrak om zich een oordeel te kunnen vormen, dat hij behoeft, zonder dat aan den patient schade zal worden gedaan [1]. Nooit als „eisch", dat hem die inlichtingen verstrekt worden, dit irriteert en is ontactvol, terwijl het recht op die eisch ook nooit kan worden volgehouden. „Zonder schade voor den patient", want de controleerend-geneeskundige staat als ambtenaar anders tegenover hetgeen hem van den patient bekend is dan de behandelend medicus, wiens beroepsgeheim dit meebrengt, al zal de eerste zichzelf daaromtrent ook eischen kunnen stellen.

Tegenover de desondanks volgehouden weigering van den behandelend medicus eenigerlei inlichtingen aan den controleerend-geneeskundige te verstrekken indien deze ze beslist noodig meent te hebben, kan gesteld worden het recht van de instelling, waaraan hij verbonden is, de uitkeering eveneens te weigeren, of de kosten voor een bepaalde behandeling te dragen.

In den geest van het bovenstaande zullen van den geneeskundige, tandarts e. a. die zich aan het fonds verbinden, niet alleen de plicht tot medewerking, doch ook tot het geven van inlichtingen gevergd mogen worden.

Een eerste vereischte tegenover de uitvoering der controle zal moeten zijn een wettelijk verplicht gestelde aangifte door artsen, tandartsen en vroedvrouwen. Evenals nu de aangiften voor de Ongevallenwetten mede moeten geschieden door de medici, en deze attesten afgeven voor de Raden van Arbeid, zullen de aanmeldingen moeten worden uitgebreid tot alle ziektegevallen.

Aangiften door artsen, tandartsen en vroedvrouwen zullen alleen recht geven op uitkeering, geen andere zullen noodig zijn. De bemoeiingen der werkgevers in deze zullen dus vervallen. Hierdoor zal een zeker geappreciëerde vereen-

[1] Zie Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 17. Febr. 1923.

voudiging plaats vinden tegenover hetgeen nu bij de aangifte van een ongeval vereischt wordt. Wat de bezwaren der medici betreft tegen het meerdere werk, dat door de uitbreiding der wetgeving met de ziektegevallen van hen gevergd zal worden; buitengewone omstandigheden van epidemieën daargelaten, meen ik uit ervaring, dat dit zal meevallen. Het vervallen der geldelijke voordeelen, die het ingeschreven zijn als deskundige bij de Rijksverzekeringsbank met zich meebrengt, mag toch ook geen reden zijn bij een ander stelsel tegen de medewerking bezwaar te maken.

De aangiften zullen dan moeten insluiten, dat de aangever ongeschiktheid tot werken van den verzekerde aanneemt.

Voor een verzekerde, die zich bij zijn medicus meldt en diens hulp inroept, doch zelf verlangt door te werken, terwijl de behandelend geneeskundige hier geen bezwaar in ziet, zal geen aangifte geschieden. Evenmin wanneer deze laatste geen reden meent voor zijn patient om den arbeid te staken en deze hiermede accoord gaat. Het verantwoordelijkheidsgevoel van medicus en patient zou anders geheel verdwijnen; de wetgeving zou impopulair worden, wanneer in ieder consult de controleerend-geneeskundige gekend moest worden, om van verlies van arbeid niet te spreken. Dit zal in het bijzonder aangevoerd worden tegen die medici, die uit principe meenen zich tegenover den patient nooit te moeten uitlaten over zijn arbeidsgeschiktheid onder de opmerking, dat de controleerend-geneeskundige daarin maar moet beslissen. Wenscht de huisarts voor zichzelf geen verantwoording te nemen, dan kan door de aangifte de uitspraak aan den controle-arts komen. Voor die gevallen, waarin de behandelend medicus geen bezwaar ziet, dat het werk wordt voortgezet, doch de verzekerde zich om de een of andere reden hiertegen verzet, zal op het aanmeldingsformulier hiervan kennis worden gegeven.

En die medici die, om hun patienten ter wille te zijn, steeds maar aangiften invullen, zullen de gevolgen op hun eigen hoofd zien terugkomen, daar weigering van uitkeering er steeds het gevolg van zal zijn met de onaangenaamheden ten opzichte van de patienten, daaraan verbonden.

Voor die verzekerden, die geen geneeskundige hulp wenschen in te roepen, doordat zij bijv. lijden aan kortdurende ziekteaanvallen, telkens of niet terugkeerend, waarvoor zij medischen raad of verstrekking van geneesmiddelen meenen te kunnen ontberen, zal toch aangifte moeten geschieden, wanneer er recht op uitkeering bestaat, waarvan zij gebruik willen maken. Voor hen vervalt de financieele reden, die anders soms geen geneeskundige hulp doet inroepen. Persoonlijk bezoek van den huisarts zal noodzakelijk zijn om hem ertegen te vrijwaren, dat bij het onderzoek mocht blijken, dat een formulier onnoodig is ingevuld zonder dat hij den patient gezien heeft. Deze gevallen zullen echter uit den aard der zaak sporadisch voorkomen en de moeite hiervoor te nemen, zal geen bezwaar mogen zijn. Door het bekend zijn met de gevolgen, aan het ziek zijn verbonden, zullen vele der verzekerden beter dan voorheen moeite doen zich in acht te nemen, wat hun gezondheid niet tot schade zal strekken.

Aangiften door de verzekerden zelf en al of niet namens hen door anderen zullen nooit eenig recht op uitkeering kunnen doen gelden. Dit kan een bron zijn van allerlei schadelijke werkingen tegenover de uitvoering der wetgeving .Allereerst vervalt de prikkel van den huisarts om het werk niet onnnoodig te onderbreken. Ook het op eigen gelegenheid trachten zichzelf te cureeren kan schadelijk werken op den duur der ongeschiktheid tot arbeiden met de gevolgen van dien.

Doch ook voor de directe beoordeeling van den duur der arbeidsongeschiktheid, de gevolgen van den toestand door ziekte of ongeval veroorzaakt, dus voor de maatregelen, door den geneeskundigen controle-dienst te nemen, zal het van belang zijn, dat de geneeskundige, resp. tandarts of vroedvrouw de aangifte inzendt. Onnoodige aanmeldingen zullen tot een minimum gereduceerd worden. Bekend zijn ook de bezwaren, die er voor de controle uit voortvloeien, wanneer er maar door iedereen, zonder eenigen regel, een aanvraag wordt ingestuurd.

Door de beoordeeling in eerste instantie in handen te leggen van de huisartsen, zal ook veel onnoodig tijdverlies voorkomen worden, waarover geklaagd zal worden doordat aan wettelijke bepalingen moet worden voldaan. Evenals op de aangifte-formulieren voor de R. V. B. zullen de

geneeskundigen enz. verplicht zijn alle vermelden vragen te beantwoorden, die zoowel over de geneeskundige zijde van het geval als over enkele andere meer administratieve zaken zullen moeten gaan. Met één aangifte zal kunnen worden volstaan, dus door den geneeskundige, enz. aan den medischen controle-dienst. Dit voorkomt het in handen komen van nieuwsgierigen, zooals bij de aangiften voor de Ongevallenwetten maar al te lang het geval is geweest. Deze aangiften zullen dan zonder medische gegevens doorgezonden worden naar het bestuur.

Ook de aanvragen voor ziekenhuisopname, het verstrekken van stralentherapie, van kunstmiddelen en afwijkende pharmaceutische preparaten, voor ziekentransport, zullen door de deelnemers aan denzelfden dienst gezonden moeten worden.

De geneeskundige, enz. zal dus het aangifte-formulier invullen; op den verzekerde zal de plicht rusten te zorgen, dat deze daarop attent gemaakt wordt. Hij zal zich dus op de hoogte moeten gesteld hebben of hij recht op uitkeering heeft, en zoo spoedig mogelijk zijn huisarts enz. raadplegen, wanneer hij meent niet in staat te zijn, zijn werk te verrichten. Het raadplegen na langeren tijd zal geen recht op uitkeering kunnen doen gelden, ook al is de arbeidsongeschiktheid gewettigd. Uit het aangifte formulier zal een en ander moeten blijken. De ongevalsformulieren voorzien in dit opzicht ook in een noodzakelijk gebleken behoefte. Uit ondervinding zijn den controleerend-geneeskundigen de moeilijkheden bekend, die te late aangiften met zich brengen, hetzij uit slordigheid van de verzekerden zelf of uit nalatigheid van de boven hen gestelden, hetzij met het geheime vermoeden toch aan het werk gezonden te zullen worden, terwijl dit juist om verschillende bijkomstige redenen liever niet gewenscht wordt. Later ingestelde controle kan dit niet steeds meer uitmaken, er zal overleg met den behandelend geneeskundige gepleegd moeten worden; andere informaties zullen ingesteld, die vermeden hadden kunnen worden. Dit brengt meerder werk met zich mede, en alles door opzet of nalatigheid van den verzekerde, die wel de voordeelen wil hebben, doch de verplichtingen niet nakomt. Gelegenheid tot aanmelding blijkt altijd wel gevonden te kunnen worden.

Verder zal het invullen van afwijkende verklaringen niet geduld mogen worden.

De verzekerden zullen verplicht zijn zich te onderwerpen aan alle onderzoek, dat door of vanwege den geneeskundigen controle-dienst noodig geoordeeld wordt en bij oproep voor deze ambtenaren te verschijnen. Ieder, die daartoe in staat is, zal zich op het spreekuur der controleerend-geneeskundigen moeten vervoegen. Voor de betrokkenen, die toch geen werk verrichten, zal dit geen bezwaar zijn, terwijl den artsen onnoodige tochten bespaard zullen worden, hetgeen voor de economie der controle van groot belang is. Dit zal gelden voor alle aangiften, keuringen, enz.

Het recht tot verkrijgen van uitkeering zal kunnen geschieden op vertoon van de door den controleerend-geneeskundige af te geven kaart, waarbij opgemerkt dat het zooveel mogelijk afgehaald zal moeten worden aan het kantoor, terwijl het aanbeveling verdient daartoe wekelijks gelegenheid te geven. In de praktijk is het gebruik van één formulier voor den geheelen duur der arbeidsongeschiktheid hier en daar ingevoerd, het voorkomt den last van briefjes schrijven.

3. De controle in elk gebied. De individueele controle.

Onder de controleerend-geneeskundigen, in elk gebied werkzaam, zal één met de leiding belast moeten worden, de medisch-adviseur van fonds en kas, wien de anderen in de uitoefening der algemeene taak terzijde zullen staan. Een zekere hierarchie, die noodzakelijk is, daar bij gestadige aanvulling de pasbenoemden zich in deze voor hen nieuwe werkkring eerst zullen moeten inwerken. De Rijksverzekeringsbank heeft ditzelfde principe in de assistent-c. g. en controleerend-geneeskundigen.

De onderlinge verdeeling der functies, alsook de regeling der werkzaamheden in het algemeen zal zichzelf moeten uitwijzen. De medisch-adviseur zal zitting houden in een voor den dienst bestemde lokaliteit, ter plaatse waar het kantoor van fonds en kas gevestigd is, en zijn centrale aanwezigheid zal bevorderlijk zijn voor het nemen van spoedige beslissingen. De controleerend-geneeskundigen zullen meer den z. g. buitendienst in de stad en de omgeving

verrichten. De lokaliteit zal als eenvoudig keuringslokaal moeten ingericht zijn. Voor hulp, zoowel op medisch als administratief gebied zullen al naar de behoefte een of meer verpleegkrachten aanwezig moeten zijn die door hun opleiding en beroepsgeheim de aangewezen personen ter assistentie zijn.

Hier zullen alle aangiften en aanvragen binnenkomen en verwerkt worden. Ook hiervoor is de directe nabijheid van het kantoor van fonds en kas noodzakelijk. In een doorloopend kaartsysteem voor elk zullen de aanteekeningen der betroffenen verwerkt worden. Ieder rechthebbende op geldelijke uitkeering zal tevens, wanneer daar aanleiding toe is, een kaart ontvangen, waarop plaats is voor verschillende aanteekeningen, als begin- en einddatum van dit recht, de verplichting, wanneer op het spreekuur van den controleerend-geneeskundige te moeten verschijnen, wandelbewijs, volgens het systeem van eenvoudigheid en overzichtelijkheid. Naast het spreekuur in de hoofdzetelplaats zullen in naburige plaatsen, tot het gebied behooren, door de controleerend-geneeskundigen zoonoodig zitdagen gehouden worden, zooals nu door deze ambtenaren der Rijksverzekeringsbank geschiedt.

De geheele controle zal alnaar de plaatselijke toestanden geregeld moeten worden. Op het aangifte-formulier zal reeds moeten blijken of de betrokkenen zelf zullen kunnen komen of bezocht zullen moeten worden; zij zullen bekend moeten zijn met de spreekuren der controleerend-geneeskundigen. Verder zal, eenmaal de aangifte gedaan, niemand zijn werkzaamheden weder mogen aanvangen zonder toestemming van den dienst.

Ieder aangegeven geval zal in den regel zoo spoedig mogelijk door den controledienst gezien moeten worden, hetgeen zooveel mogelijk als vast systeem behoort te worden ingevoerd. De geheele taak der controle brengt dit al vanzelf met zich mede. Hierdoor zullen zoo volledig mogelijke gegevens verkregen worden; de dubieuze gevallen zullen beter achterhaald kunnen worden; ook in verband met de uit de controle voortvloeiende bemoeiingen met de geneeskundige behandeling zal dit gewenscht zijn; met het oog op de financieele gevolgen zal het niet ontbeerd kunnen worden.

Bij de Rijksverzekeringsbank, die hier te lande wel in uitgebreide mate de grootste en oudste ondervinding op het gebied der geneeskundige controle heeft, was het in de eerste jaren van haar bestaan „een uitzondering, indien vóór den 43sten dag een getroffene werd gezien door een geneeskundig ambtenaar der R. V. B." Allengs werd de z.g. directe controle ingevoerd. De uitspraak van buitenstaanders in die eerste jaren, dat de Ongevallenwet één groot ongeval voor het volk was geworden, heeft door het systematisch invoeren van die directe controle zich wel in geheel omgekeerden zin gewijzigd. Bekend is, dat door de Rijksverzekeringsbank steeds op het nut dier directe controle wordt gewezen in verband met het groote belang, dat er voor de geneeskundige behandeling uit voortvloeit.

Ook bij andere controle-instituten heeft het tijdstip der uit te voeren eerste bezoeken een belangrijk punt van overweging uitgemaakt. Duidelijk blijkt dit uit de gedachtenwisseling daarover tusschen de twee gemeentelijke controleerend-geneeskundigen te Amsterdam en den Haag, Dr. D. A. van Riemsdijk en W. P. Wolffensperger [1], door eerstgenoemde begonnen naar aanleiding van een weer van andere zijde opgeworpen vraag: Strenge of humane geneeskundige controle. In den Haag de systematisch doorgevoerde controle zonder onderscheid voor ieder geval direct op den eersten dag; in de hoofdstad de wisselende bezoeken, alnaar de onbetrouwbaarheid, min of meer betrouwbaarheid, of betrouwbaarheid der betrokkenen op de eerste of volgende dagen. Persoonlijk voer ik hier ter stede het eerste systeem uit. Behalve de onmogelijkheid ieder geval van te voren te schiften op vermeende aggravatie, resp. simulatie, zal het huldigen van het „gelijke monniken, gelijke kappen", wantrouwen doen verdwijnen. Hoe is het bovendien mogelijk, dat uit een eenvoudige aangifte door leeken steeds al direct een oordeel over den aard van het lijden of van het letsel wordt verkregen?

Men vergelijke ook „Eenige eigen ervaringen met de Zeeongevallenwet 1909" van Coll. A. L. Schmidt [2], waarin o. v. m. ook op het nut van een spoedig ingestelde controle gewezen is.

[1] Sociaal Medisch Maandschrift 1922. No 2, 3. en 7.
[2] Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. 19 Mei 1923.

In de praktijk met zijn plattelandscontrole zal een zekere soepelheid betracht moeten worden; de aangiften en aanvragen door collega's zullen in deze voor de controleerend-geneeskundigen van groot belang kunnen zijn en zoodoende aan de uitvoering van dezen dienst ten goede komen. Gebiedsgewijze lijkt mij de controle voor het geheele land het meest doeltreffend uit te voeren; en zooals reeds is gezegd, het voortbestaan der directe controle, waaraan voor de Ongevallenwet zoo'n groot gewicht wordt gehecht, zal er niet door in gevaar komen of minder dan tegenwoordig geschiedt worden uitgeoefend.

Om ook even het systeem „strenge" of „humane" controle aan te roeren, scheiding is hier m. i. niet door te voeren. Als stelsel gelde voor den controleerend-geneeskundige, dat hij het vertrouwen der menschen tracht te winnen en naar zijn beste weten optreedt. Soms zal dit in hun oogen streng lijken, doch wanneer de rechtvaardigheid duidelijk blijkt, zal er niets tegen kunnen worden aangevoerd. Slapheid kan in geen geval door den beugel, het publiek merkt dit gauw genoeg en de gevolgen komen weer neer op den controleur zelf. Met gestrengheid maakt men ongelukken; het maakt de gecontroleerden, zooals Wolffensperger terecht opmerkt, kopschuw, baloorig en „men verspeelt op deze wijze juist de groote psychische voordeelen, die in een doelmatige controle gelegen zijn."

Wordt de stelselmatige geneeskundige controle over het geheele land ingevoerd, dan zullen andere toestanden onder de oogen moeten worden gezien dan bij de nu bestaande regelingen. Ziekten en ongevallen zullen tegelijk nagegaan moeten worden, allerlei aanvragen beoordeeld, die bezoeken vereischen. Door het betrekken van het platteland in het overwegend aantal der op te richten combinaties fondskas, zullen de af te leggen afstanden grooten invloed op de werkwijze zoowel als op de beoordeeling doen gelden, doordat door de opname der ziektegevallen in de controle het aantal bedlegerige en thuiszittende patienten veel vermeerderd zal worden. Door de decentralisatie zal hier wel besparing van tijd optreden, doch het beoordeelen van het gewettigde tijdstip van uitkeering zal wel eens moeilijkheden meebrengen, daar aan de medewerking wel eens iets zal ontbreken. De Ongevallenwet keert den verzekerde van den eersten dag af uit als de onge-

schiktheid langer dan 3 dagen duurt. Art. 34 der Wet Talma (zonder controle) wil beginnen met den derden dag nadien, waarop de ziekte aanving, bij zwangerschap vanaf den eersten dag. Art. 35 maakt hierop weer uitzonderingen. Vele kassen keeren, wanneer de ziekte twee dagen duurt, niet uit; bij langeren duur tellen deze dagen mede; andere kassen geven de twee eerste dagen geen uitkeering. Van werkgeverszijde uit het platteland (Groningen) is voorgesteld bij een ziektewet de eerste vijf dagen niet te doen meetellen. Bij de geneeskundige controle in de residentie bestaat één karenzdag; „al moge dan ook weinig gebruik gemaakt worden van de bevoegdheid tot inhouden van het loon op den eersten ziektedag, voor een doeltreffende controle is deze bevoegdheid niet te missen" (Wolffensperger). De gemeente Rotterdam schafte de karenzdagen voor de werklieden af, daar ze voor de ambtenaren niet golden.

In het uitgebreide alles en allen omvattende controlestelsel zal een uniforme regeling dienen ingevoerd te worden; men keere de eerste twee dagen niet uit. Allerlei onnoodige aangiften voor lichte gevallen zullen vermeden worden; aggravatie wordt er door tegengegaan. En het bepalen van uitzonderingen zal allerlei ongewenschte moeilijkheden meebrengen.

C. DE KOSTEN DER GENEESKUNDIGE CONTROLE.

De geneeskundige controle zal numeriek rekening te houden hebben met het totaal aantal ziekenfondsleden, omdat een groot gedeelte van haar taak *allen* omvat. Hoewel de welstandsgrens voor ieder geval afzonderlijk bepaald zal dienen te worden, zal bij een berekening van het totaal der ingezetenen over het geheele land, die onder de wetgeving zullen vallen, even een zeker cijfer genoemd moeten worden. Wordt nu de grens op *f* 3000.— gesteld, hetgeen voor een gezin met kinderen niet te hoog is, dan zal een kleine berekening om en bij een indruk moeten geven.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek was zoo welwillend, mij de volgende gegevens te verschaffen. In het belastingjaar 1922/1923 waren van de 1690156 physieke personen, die in de Rijksinkomstenbelasting waren aan-

geslagen, 259742 personen aangeslagen voor een inkomen van ƒ 3000.— of hooger. Trekt men dit cijfer af van de totale bevolking (op 1 Januari 1923, 7086913), dan heeft men dus het aantal personen zonder inkomen of met een inkomen beneden ƒ 3000. Een groot aantal komt hiervan evenwel ten laste van de hooger aangeslagenen (echtgenooten, kinderen, enz), welk aantal benaderd kan worden door het cijfer 259742 te vermenigvuldigen met de gemiddelde gezinssterkte volgens de laatste volkstelling.

Volgens deze telling waren er op 31 Dec. 1920, 1425441 huisgezinnen met een getalsterkte van 6604517 personen. Dit gemiddelde komt op 4633. Er zouden dan op 1 Januari 1923 5883528 personen zijn vallende onder een welstandsgrens van ƒ 3000. Met meetelling van de inkomens van ƒ 3000., rekening houdende met de grootere gezinssterkte in de financieel minder begunstigde volksklassen en gezien de jaarlijksche aanwas der bevolking zal dit getal op 1 Januari 1925 de zes millioen wel overschrijden. Wij kunnen echter gevoegelijk met het globale getal van 6 millioen volstaan. Door de bepaling der welstandsgrens voor ieder geval afzonderlijk zullen velen (bijv. buiten), hoewel onder deze berekening vallende, toch ook weer niet in aanmerking komen.

Het aantal verzekerden voor geldelijke uitkeering zal naar ervaringen uit de praktijk het gemiddelde tusschen het $^1/_4$ en $^1/_3$ deel hiervan zijn, dus ± 1.800000. Dit getal wordt ook tegenwoordig opgegeven voor het aantal verzekerden volgens de Invaliditeitswet.

Wanneer ik nu uit eigen ervaring en ondervinding een schatting wil geven van de werkzaamheden der geneeskundige controle, zooals die in dit hoofdstuk geschetst zijn, dan zou ik willen uitgaan van een gebied, dat ± 60.000 verzekerde ziekenfondsleden omvat, waarvan als centrum een stad met ongeveer de helft van dit aantal. Het aantal verzekerden voor geldelijke uitkeering zal hiervan dus ± 18000 zijn. De omschreven taak zal nu voor dit aantal zielen m. i. kunnen worden uitgevoerd door een medisch-adviseur, bijgestaan door twee controleerend-geneeskundigen. Op het bureau zal een verpleegkracht, mede voor administratieve hulp, aanwezig moeten zijn. De controleerend-geneeskundigen zullen over snelle vervoermiddelen (motorfietsen) moeten beschikken. In na-

burige plaatsen zullen vaste zitdagen (spreekuren) gehouden moeten worden. Medewerking van de verzekerden zal daarbij niet alleen noodig zijn doch ook verplichtend gesteld moeten worden. Eenmaal de gang van zaken echter bij het publiek bekend en de administratie aan de praktijk aangepast, zal deze taak geen onoverkomelijke zijn. De bekendheid der controleerende medici met de betrokkenen door hun dagelijkschen arbeid in een bepaald omschreven gebied zal hun werk meer vergemakkelijken. De concentratie van verschillende te nemen beslissingen ten opzichte van dezelfde personen zal vereenvoudigend werken.

Eenige uitspraken over controlewerkzaamheden uit de praktijk, bijv. in het rapport Sturkop [1] aangetroffen, zijn met het bovenstaande niet in strijd, al dient rekening gehouden te worden met den aard der taak als zoodanig. Volgens het oordeel en de ervaring van een tweetal controle-artsen is de controle van 8 à 9000 menschen tegelijk met een kleine particuliere en ziekenfondspraktijk of van ongeveer 6200 personen met daarnaast een groote particuliere praxis door één persoon (met secretaresse en auto) geheel naar den eisch uit te voeren.

De Commissie zelf komt tot de conclusie, dat een controle-arbeid over 10.000 personen een vol ambtenaar vereischt. Met daarnaast een ruimere opvatting der werkzaamheden, als:

de studie der arbeidsgeschiktheid onder verschillende omstandigheden en in verschillend milieu;

den aard van verschillende ziekten, wat betreft hun verloop en duur in verband met de behandeling;

het verzamelen van statistische gegevens;

dan zou het aantal tot 6 à 8000 moeten worden teruggebracht.

Van de werkwijze in het door mij aangenomen gebied zullen allerlei afwijkingen voorkomen, eenerzijds in groote steden, anderzijds door het overwegen van het platteland. Het lijkt mij echter toch, dat dooreengenomen de omvang

[1] Verslag van de Commissie ingesteld bij beschikking van den Minister van Waterstaat van 19 Februari 1923 no. 9, afdeeling Posterijen en Telegrafie met de opdracht uitgebreid en volledig te onderzoeken alle te harer kennis komende gevallen, waarin beweerd wordt, dat Dr. S. Sturkop te Amsterdam in zijn taak van controleerend geneesheer te kort zoude zijn geschoten.
Uitgave van het Hoofdbestuur der Posterijen en Telegrafie. 's-Gravenhage 1924.

der tot voorbeeld gestelde controle-taak voor een kostenberekening grosso modo wel bruikbaar is. Groote steden zullen naar verhouding minder uitgaven hebben voor personeele, zoowel als zakelijke kosten, economischer in exploitatie zijn door de concentratie der bewoners dan uitgebreidere streken met minder dichte bevolking.

Rekenen wij de kosten van dezen dienst over ± 60.000 personen (salarissen, honoreering der event. in te roepen specialistische adviezen, administratiekosten in den ruimsten zin) op ± f 35.000 's jaars, dan zullen de uitgaven voor den geheelen dienst tusschen de $3^1/_2$ en 4 millioen zijn te schatten.

Vergelijken wij, wat de Rijksverzekeringsbank in 1922/1923 uitgaf, voor zijn controleerend-geneeskundigen in den buitendienst, voor 31 medici met hunne assistentie (waaronder begrepen de bijdragen voor pensioen), hetgeen ongeveer 2.8 ton was, dan zal bovengenoemde raming voor een ongeveer tienmaal grooter aantal, in aanmerking genomen de totale uitgaven en den opzet van den geheelen dienst, hiermede wel overeenkomen.

Voor de voorbereiding en installatie zal hier dan een eenmalige uitgave bijkomen.

Opgemerkt worde, dat hier alleen gedacht is aan de eigenlijke taak der geneeskundige controle in dienst der sociale verzekeringswetgeving. Het opdragen van andere sociaal-medische werkzaamheden (blz. 99 e. v.) zal de kosten duurder maken, doch minder dan wanneer hier geen concentratie in één dienst wordt voorgestaan. Op het noodzakelijke van dit laatste is gewezen. Voor het Rijk zal dit echter geen noemenswaardige meerdere of extra uitgaven met zich meebrengen, terwijl het niet meer dan billijk is, dat de verschillende belanghebbende overheids- of andere lichamen hun aandeel in deze laatste kosten bijdragen.

HOOFDSTUK IV.

HET BEROEP.

Verschillende scheidsrechterlijke uitspraken zullen in deze uitgebreide allesomvattende wetgeving noodig kunnen zijn; hierin dient voorzien te worden en de wetgever zal goed doen in dit onderwerp ook eenheid tot uiting te brengen.

De huidige wetgeving kent het recht van beroep toe, zoowel in geschillen over technische wetskwesties, als tegen andere beslissingen, door de verzekeringsorganen genomen. Een en ander wordt geregeld bij een afzonderlijke wet, de Beroepswet van 8 Dec. 1902, sedert meerdere malen gewijzigd, en waarin de administratieve z.g. leekenrechtspraak wordt gehuldigd. Er bestaan verschillende Raden van Beroep, met een jurist-voorzitter en een gelijk aantal werkgevers- en werknemersleden. In hoogste instantie één college voor het Rijk, de Centrale Raad van Beroep, waarin echter geen leekenrechters. De wijze van procedeeren is eenvoudig te noemen (betrekkelijk weinig formaliteiten).

Voorop worde gesteld, dat in eerste instantie de beslissing in beroep in handen gelegd wordt van één persoon; dit vereenvoudigt veel omslag, dan wanneer steeds allerlei menschen bij elkaar moeten komen. Hebben een verzekerde, werkgever of deelnemer klachten van administratieven of anderen, niet medischen aard, dan zullen zij door den directeur gehoord kunnen worden, die onderzoekt en beslist. Wordt hier geen genoegen mede genomen, dan zal beroep open staan op het bestuur, dat verplicht geregeld moet vergaderen.

Beslissingen in geschillen van geneeskundigen aard kunnen in handen gelegd worden van den medischen adviseur, die hierin als eerste arbiter optreedt. Hierop is bijv. reeds gewezen bij zich voordoende geschillen tusschen le-

den en deelnemers, tusschen deelnemers onderling. Hiervan zal beroep open staan op het bestuur, dat zich zoo noodig nader medisch kan laten voorlichten.

Bij event. spoed-beroep op het bestuur zal hierin nader voorzien moeten worden.

Tegen uitspraken van het fonds-kasbestuur zal beroep open staan bij de Raden van Beroep, waarbij de leekenrechtspraak behouden zal kunnen blijven. Het verdient aanbeveling in de Raden van Beroep naast den voorzitter-jurist zitting te doen nemen vertegenwoordigers van alle partijen, die met de wetgeving te maken hebben, dus van de verzekerden, van de werkgevers en van de deelnemers.

Aan het oordeel van de Raden van Beroep zullen ook onderworpen worden geschillen tusschen het bestuur en zijn ambtenaren. De inspecteur der geneeskundige controle zal beslissen tusschen den medisch-adviseur en zijn controleerend-geneeskundigen.

Hooger beroep tegen uitspraken van de Raden van Beroep zal aangeteekend kunnen worden bij den bestaanden Centralen Raad van Beroep, waarbij bovendien direct aanhangig gemaakt worden verschillen tusschen de inspecteurs en de onder hen ressorteerende organen of ambtenaren.

Dit zij in het kort het overizcht van het Beroep. Om te beginnen zullen in de wetgeving ieders bevoegdheden nauwkeurig omschreven dienen te worden, en zal er duidelijk in moeten uitkomen, dat slechts beroep kan worden ingesteld. wanneer minnelijke schikking blijkt niet tot een resultaat te kunnen leiden. Teneinde verder ook allerlei onnoodige arbitrage tegen te gaan, waarbij niets te verliezen, wel iets te winnen is, zal het bovendien goed zijn te bepalen, dat de in het ongelijk gestelde partij kan verplicht worden in de kosten van het geding iets te betalen. Bovendien zal verschil gemaakt moeten worden tusschen kleine en meer belangrijke zaken. Om het aantal gedingen niet al te groot te maken, zal geen beroep kunnen worden ingesteld over kwesties van meer ondergeschikten aard; de uitspraak van het bestuur zal hier bijv. bindend verklaard kunnen worden.

Met het aldus ingestelde beroep zal dan voldaan worden aan de eischen van diverse ingevoerde arbitrage-regelingen bij overheids- en particuliere bemoeiingen ter zake.

Bezien wij bijv. het nieuwe contract tusschen de Maatschappijen voor Geneeskunst en Pharmacie en de ziekenfondsen te Utrecht gesloten, en dat als up to date, uit de praktijk zelve voortkomend, kan gelden, dan vinden wij daarin vermeld betreffende toezicht en arbitrage, dat een commissie van toezicht is ingesteld voor de controle op de juiste uitvoering der bepalingen, in de overeenkomst vervat, waarboven een scheidsgerecht, waaraan geschillen zullen worden onderworpen. Vervolgens bepalen een tweetal artikelen de boeten en verdere strafbepalingen. In de taak van commissie en scheidsgerecht zal het aangegeven beroep in de verschillende gevallen afdoende kunnen voorzien.

Ook de geneeskundigen e. a. die voor een afhankelijkheid van mogelijke willekeur van het fondsbestuur steeds bevreesd zijn, zullen in de genoemde rechtspraak bevrediging kunnen vinden van hunne verlangens op dit punt. Bij geschillen over de medewerking aan de sociale verzekering zal door de uitspraak van onafhankelijke rechtscolleges de publieke opinie oordeelen over hen, die hetzij naar den eenen of naar den anderen kant overdreven eischen stellen.

Dat als leden van de Raden van Beroep vertegenwoordigers van alle partijen zitting hebben, lijkt mij wel duidelijk; evenzeer dat aan het juridische element de leidende rol moet worden toegewezen. Het half om half werkgevers en werknemers zal dienen te vervallen.

De vertegenwoordiging van medici e. a. in de Raden van Beroep is meerdere malen ter sprake gebracht. Er is voorgesteld, dat alnaar medische, pharmaceutische of andere zaken in behandeling zouden komen, een dezer beroepen in het arbitrium zou plaats nemen. Er is ook beweerd, dat de geneeskundigen door hun deskundigheid in de Raden van Beroep zouden gaan overheerschen.

Wanneer de wetgever het eenig juiste standpunt zal gaan huldigen, en geen onderscheid meer maken tusschen ziekten en ongevallen, dan zal het aantal beroepen of een ongeval in den zin der wet bestaat, enz. vervallen. Zuivere medisch-technische kwesties zullen dan zoo goed als uitsluitend gaan over de schattingen van de arbeidsgeschiktheid, de invaliditeitsbepalingen. Doch alvorens hier een beroepszaak van gemaakt zal worden, stel ik mij voor,

dat door de zelfbesturende instituten de kwestie eerst goed onder de oogen zal zijn gezien. Hier zullen menschen uit de praktijk zelve, gehoord de verschillende uitgebrachte adviezen, allereerst een uitspraak hebben gedaan.

Het aantal dezer beroepszaken zal bij de voorgestelde regeling naar mijn meening zeer verminderd worden, hetgeen dit voordeel heeft, dat uitspraken over toestanden, die maanden geleden zich voordeden, met al de bezwaren daarvan verbonden, veel omgaan zullen worden. Voor twistgesprekken tusschen de geneeskundige leden van het scheidsgerecht en de medische getuigen, of voor het overheerschen der geneeskundigen in de Raden zal men dan zoo'n schrik niet meer behoeven te hebben. De billijkheid eischt m. i. dat ook de deelnemers aan de fondsen in de Raden van Beroep vertegenwoordigd zijn, waarbij het echter niet absoluut noodzakelijk zal behoeven te zijn, dat juist steeds geneeskundigen daarvoor aangewezen zullen moeten worden. In het algemeen zal gelet moeten worden op personen met een gezond verstand en onder leiding van een jurist.

HOOFDSTUK V.

DE BESTAANSMOGELIJKHEID VAN HET VOORGESTELDE. — DE UITVOERING DOOR DEN WETGEVER.

Voorstellen tot reorganisatie van de sociale verzekering zullen moeten uitgaan van een vast plan, dat alles in wisselwerking met elkaar regelt en tegelijk de geheele uitvoering ervan overziet. Als zoodanig dient het vorenstaande te worden opgevat. In de algemeene beschouwingen is uiteengezet, hoe ik mij de eenheid in het sociale verzekeringsprobleem denk.

Vanaf het ontstaan onzer onderhavige sociale wetgeving zien wij een geleidelijke uitbreiding en samenvoeging der verzekering ingevoerd en voorgesteld. Om te beginnen bij de Ongevallenwet zelf. Het oorspronkelijke begrip „in de uitoefening van het bedrijf" werd bij de behandeling van het wetsontwerp gewijzigd in „in verband met de uitoefening van het bedrijf"; later (in 1921) veranderd in „in verband met de dienstbetrekking". Het aantal verzekeringsplichtige bedrijven werd vermeerderd, mede door invoering der Land- en Tuinbouw-Ongevallenwet (1922). Daarnaast zijn de Zeeongevallenwet (1919; ontstaan uit de Oorlogszeeongevallenwet 1915) en de Invaliditeitswet (1919) in werking gesteld, terwijl nu weer een Ziektewet op het programma staat. Gedeeltelijke samenvoeging van deze laatste met de Ongevallenwetten wordt voorgesteld. Eén sprong verder, wel is waar een zeer groote en niet gemakkelijke, doch ook niet onoverkomelijke sprong, en men voege alles bij elkaar. Daarbij zal dan ook noodzakelijk de invaliditeit uit één gezichtspunt beschouwd moeten worden. Was reeds meerdere malen van verschillende zijden gewezen op de wenschelijkheid de scheiding tusschen ongeval en ziekte te laten vallen, over de daaruit voortvloeiende consequentie voor de invaliditeitsuitkeering werd minder gerept. In het bijzonder vinden wij

de financieele bestaansmogelijkheid in dit opzicht nergens aan de orde gesteld. Verzekeringstechnisch zal tegen samenvoeging van ziekten, ongevallen en invaliditeit hierom echter geen bezwaar mogen worden gemaakt.

In deze verhandeling zijn verder de beide groote medische vraagstukken besproken, het ziekenfondswezen en de geneeskundige controle, die in de algemeene beschouwingen direct naar voren treden. Zonder regeling van een zoo volledig mogelijk ingerichte verplicht gestelde geneeskundige hulpverleening is de uitvoering van het geheele alles samenvoegende sociale verzekeringsstelsel onvolledig en zal de wetgeving in verschillende streken tot allerlei onbillijke toepassingen aanleiding geven. En dit zal eveneens het geval zijn bij het gemis van een algemeen ingestelden goed geregelden geneeskundigen controledienst.

Mogen over de theoretische wenschelijkheid van een en ander de meeningen minder uiteenloopen, de hoofdzaak gaat om de praktijk der uitvoering. Allereerst de aard van het stelsel, vervolgens de organisatorische en de financieele zijde. Zal een combinatie van geneeskundige verzorging en geldelijke uitkeering op de basis van zelfbeheer over het geheele land uitvoerbaar zijn, m.a.w. zijn daartoe overal geschikte personen met ervaring en een gezond oordeel aanwezig, en daarbij bezield met ambitie in het werk om in de besturen op te treden; denken wij een oogenblik aan de uitgebreide taak, de groote verantwoordelijkheid, die op hunne schouders gelegd worden. Niet in alle deelen van het land zal dit gelijk zijn. Het kaswezen, zooals het zich heden ten dage ontwikkeld heeft, biedt goede kernen, waarop verder voortgebouwd kan worden. Het ziekenfondswezen breidt zich meer en meer uit, doch hier is het stelsel van zelfbeheer in de minderheid [1]). Met goed onderlegde ambtenaren voor den dagelijkschen gang van zaken en de onmisbare leiding en het toezicht van overheidswege zal het verdedigde echter alleszins door te voeren zijn. Het grootste voordeel van dit stelsel is echter wel hierin gelegen, dat met geen ander de zoo hoog noodige en gewenschte eenheid in de

[1] In het algemeen kunnen wij zeggen, dat de gecombineerde fondsen en kassen het meest te vinden zijn in de provinciën Overijsel en Gelderland, terwijl Friesland en Groningen de meeste, zuiver onderlinge, plaatselijke ziekenfondsen hebben.

uitvoering zal kunnen worden verkregen, en dat het economisch het meeste nut zal afwerpen.

Organisatorisch behoeft men in het geschetste geen utopie te zien. In den loop der laatste kwarteeuw is een gestadige ontwikkeling in alles op te merken; gegevens zijn er genoeg aanwezig. Het ziekenfondswezen heeft langzamerhand den omvang verkregen van uitgebreide hulpverleeningen en er zijn plaatselijke toestanden ontstaan, die van het voorgestelde in uitvoering niet veel verschillen, hier en daar verruimd moeten worden, in andere streken min of meer ingevoerd, terwijl daarnaast de samenhang voor het geheele land geregeld zal dienen te worden.

De geneeskundige controle-dienst der Rijksverzekeringsbank, dergelijke gemeentelijke diensten en andere instituten vormen bestaande instellingen, waarop verder voortgebouwd kan worden. Zooals reeds opgemerkt is, ontbreekt hier het systematisch doorvoeren der organisatie. Aan personen met kennis van zaken om de leiding in de districten op zich te nemen, ontbreekt het niet. Nieuw in den voorgestelden opzet der controle is dit, dat daarin ook het platteland is opgenomen. Op de wijze als geschetst, gebiedsgewijze autonoom, meen ik met nadruk te moeten verklaren, dat zij uitvoerbaar is. Naast ambitie in het werk zal bij de uitvoerders een zeker organisatietalent aanwezig moeten zijn; dan zullen de moeilijkheden in het begin wel overwonnen worden. En wanneer daarbij het doel der controle begrepen wordt, zullen de behandelende collega's hun medewerking niet kunnen onthouden. Politioneel toezicht zal verder niet te ontberen zijn. (zie blz. 105).

Een derde vraag is deze: Zullen financieele bezwaren aan het geheel in den weg staan? En dan zijn hier deze beide belangrijke punten, het financieele bedrijf van het ziekenfonds-ziekenkaswezen (elk met zijn afzonderlijke balans), waarbij de verdeeling der kosten door de belanghebbenden; en de uitgaven, die in verband met den geheelen opzet der wetgeving uitsluitend ten laste der overheid zullen komen. Aan het eind van het tweede hoofdstuk is de meening weergegeven, dat de exploitatie van het gedachte ziekenfondswezen zonder bezwaar door de werkgevers en werknemers te zamen kan worden ge-

dragen. Hoe zal het nu zijn met het ziekenkaswezen en tenslotte met het geheele instituut?

Allereerst over het risico. Er is op gewezen, dat groote kassen, evenals groote fondsen, het meest economisch werken. Wat de omvang dezer laatsten betreft, tegen gebieden of districten, met steden als centra, de allergrootste plaatsen gesplitst in enkele districten, zullen zich wel geen bezwaren voordoen om het risico van zoo volledig mogelijke geneeskundige verzorging te dragen. Zal dit nu ook mogelijk zijn voor de daarmede samenvallende kassen, in elk gebied daarbij weer kleiner in aantal verzekerden, ten opzichte van alle in aanmerking komende geldelijke uitkeeringen, waar toch van verschillende zijden erop gewezen is, dat de blijvende invaliditeitsverzekering op zichzelf al een breed draagvlak vereischt? Zooals de toestand tegenwoordig is, zijn voor het Invaliditeitsfonds door de betrokkenen aan premies langzamerhand groote sommen opgebracht, waaraan de Staat nog bijpast. Bij de voorgestelde geunificeerde blijvende renten, die na ongevallen en ziekten dus gelijk zullen zijn, zullen de uitkeeringslasten nog grooter worden.

In Duitschland bestaan 31 z.g. Versicherungsanstalten voor het geheele Rijk, het gebied van elk dus overeenkomend met een groot gedeelte van Nederland. Hier is de praktijk dus niet in overeenstemming met de door mij voorgestelde kassen. In ons land heeft men echter aan het Algemeen Mijnwerkers Fonds de risico-overdracht gegeven voor de invaliditeitsverzekering, waarbij de administratiekosten, die door het Rijk daartoe aan het fonds vergoed worden, buiten beschouwing gelaten kunnen worden in het voorgestelde geconcentreerde bedrijf van fonds en kas te zamen. Waar het op aankomt is dit, dat hier de bestaansmogelijkheid van het risico door een (betrekkelijk) klein instituut wordt aangenomen en in praktijk gebracht. Dat het A.M.F. een bepaalde garantie kan stellen, pleit toch voor zijn soliditeit.

Dat de door mij voorgestelde kassen het risico niet zouden kunnen dragen, lijkt mij niet vol te houden. Zien wij bijv. wat het kaswezen hier te lande en hier heb ik dan speciaal de groote kassen op het oog, al niet voor zijn leden doet. Op het oogenblik maken die vereenigingen wat de uitkeering en ondersteuning betreft toch

lang geen slecht figuur tegenover de groote Rijksorganisatie met haar renten. Ook in Engeland zijn voorbeelden bekend van bloeiende kleine Friendly societies tegenover onder ongunstiger omstandigheden werkende groote vereenigingen; blijken kleine kassen soms veel solventer te zijn dan grootere [1].

Nu weet ik wel, men mag geen vergelijking trekken tusschen hetgeen die ziekenkassen doen en hetgeen haar in de allesomvattende wetgeving zal worden opgedragen. Maar onder deze laatste regeling zullen zij als districtskassen toch ook nog weer betrekkelijk groote instituten zijn. Volgen Buning [2] is er een cardinaal verschil tusschen de tijdelijke uitkeeringen en de rentes; toch wordt door hem de mogelijkheid opengelaten, dat deze laatsten aan een zeer beperkt aantal organen kan worden toevertrouwd. (t.a.p. blz. 193). M.i. kan hier toch ook aan een herverzekering gedacht worden, waarvoor het onder de vigeerende wetgeving gevormde kapitaal gebezigd kan worden, dat nu voor allerlei leeningen gebruikt wordt en dus aan de nieuwe wetgeving zal ten goede kunnen komen. Ook door Treub is in zijn wetsontwerp een herverzekeringsfonds voorgesteld.

Zooals reeds in het begin gezegd is, behoort een verzekeringstechnische uitwerking niet tot den opzet dezer verhandeling. Dit mag aan de deskundigen ter zake worden overgelaten. Om echter de financieele bestaansmogelijkheid aan te toonen, zal aan enkele berekeningen niet ontkomen kunnen worden. De gedachte alleen, dat het stelsel waarvan wordt uitgegaan, praktisch mogelijk is, zal niemand bevredigen. Wanneer ik dan eenige cijfers wil geven, worde de bedoeling hiervan niet anders opgevat dan als een beschouwing in groote hoofdtrekken.

Stellen wij ons dan de vraag, hoe groot de gezamenlijke premie zal zijn voor een verzekerde met een inkomen van ƒ 1500.— per jaar, het gezin op 5 personen berekend, voor de geneeskundige verzorging en de geldelijke uitkeering te zamen, deze laatste dus voor ziekten, ongevallen en invaliditeit. Voor de medische behandeling zal het gezin meegeteld moeten worden, omdat op den voor-

[1] t. a. p. Jhr. Mr. B. C. De Savornin Lohman; zie blz. 19.
[2] Dr. E. J. Bruning. Voorontwerp Ziekte- en Ongevallenwet 1925. Gen. Gids 20 Febr. 1925.

grond gesteld is, dat verplichte verzekering voor deze verzorging dient ingevoerd te worden voor het geheele huishouden. De gezinssterkte van 5 personen zal iets hooger zijn dan het gemiddelde voor het geheele land (4.63), doch daarom juist bruikbaar.

Voor de berekening der gezamenlijke premie zullen wij enkele cijfers moeten nemen uit het partieele verzekeringsbedrijf. Het totaal zal dus niet overeenkomen met den aard van de voorgestelde gecombineerde exploitatie, om de eenvoudige reden, dat deze in de praktijk nog niet bestaat. Onder de getallen, die bekend zijn, zullen voorkomen de kosten voor medische controle en niet te vergeten de afzonderlijke administratie-uitgaven. Hiermede zal rekening gehouden dienen te worden.

Gaan wij uit van een *tijdelijke uitkeering* gedurende 26 weken, 70 % van het loon, de eerste twee dagen geen uitkeering, dan bedraagt de premie, de kosten voor geneeskundige behandeling daarbij niet begrepen (Buning)

a. voor ongevallen ± 4 ‰ (per ƒ 1000.—) loon.

b. voor ziekte ± 14 ‰ (per ƒ 1000.— loon).

Dit wordt dus voor ongevallen ƒ 6.— per jaar of per week ± ƒ 0.11⁵.

en voor ziekte ƒ 21.— per jaar of per week ± ƒ 0.40⁵.

Vergelijken wij deze cijfers met een anderen opzet: Bij het onderlinge kaswezen geldt in het algemeen, dat betaald wordt ƒ 0.02⁵ weekpremie per verzekerden gulden uitkeering per week; gedurende de eerste 26 weken wordt volle uitkeering van het verzekerde bedrag (hetgeen dus bijv. als 70 % van het loon kan worden bepaald) gegeven, daarna 26 weken de helft en vervolgens zoo noodig gedurende 52 weken een kwart. Dit betreft bedragen van ƒ 4.— — ƒ 45.— per week, waaronder alle administratiekosten, ook de uitgaven voor de geneeskundige controle zijn begrepen. Bij wettelijke ongevallen wordt uitgekeerd het ontbrekende om tot het volle verzekerd bedrag te komen.

(Voor een welstandsgrens van ƒ 3000.— per jaar komt het verzekerd bedrag per week bij 70 % van het inkomen dus op 0.7 × 3000 : 52 = ruim ƒ 40.— Deze grens valt dus geheel binnen den uitkeeringsopzet van het vrijwillige kaswezen).

De praktijk heeft nu wel aangetoond, tenminste dit is

mijn ondervinding, dat indien er geen uitkeering volgens de Ongevallenwet bestond, ook voor deze letsels dezelfde uitkeering als voor ziekten gedurende de eerste 26 weken, onder dezelfde premie kan begrepen zijn. Voor ƒ 1500.— bedraagt de weekpremie (voor ziekten en ongevallen te zamen) ± ƒ 0.52. De uitkeering per week zal hierbij bedragen (70 % van het loon) dus ƒ 1050 : 52 = ± ƒ 20.20; dit komt dus eveneens op ± ƒ 0.02^5 per verzekerden gulden.

Voor een *renteberekening* in den geest der thans geldende Ongevallenwet, na afloop der 26 weken ingaande (dus ook voor kleinere renten, bijv. van 15—70 %) zal de premie bedragen:

a'. voor ongevallen ± 10 ‰ (Buning), dus ƒ 15.— per jaar, of per week ± ƒ 0.29, inbegrepen de weduwen- en weezenrente en de uitkeering voor begrafenis; de kosten der geneeskundige behandeling zijn hieronder niet inbegrepen.

b'. Voor de renteberekening voor ziekten na 26 weken, op denzelfden voet als na Ongevallen blijkt geen voorbeeld bekend te zijn (Buning, Lindner).

Een vergelijking met de premie voor de Invaliditeitswet gaat niet op. Hier wordt $\frac{2}{3}$ invaliditeit geëischt en ten hoogste 20 % uitkeering gegeven; de weduwen- en weezenuitkeering verschilt, terwijl er bovendien nog een verschil in den duur der premiebetaling bestaat. Uit de Wetenschappelijke Balans der Rijksverzekeringsbank (1918—1922) blijkt, dat de premie voor de gezamenlijke ongevallen-, invaliditeits- en ouderdomsverzekering bedraagt 42 ‰ voor ƒ 1000.— loon. Dit zou voor ons geval geven een weekpremie van ƒ 1.21; hiervan zou de premie voor de invaliditeitsverzekering ± ƒ 0.65 moeten zijn. Het is duidelijk, dat de door mij verlangde premie hooger moet uitvallen.

Uit het vorige blijkt, dat de premie-verhouding bij de tijdelijke uitkeering voor ongevallen en ziekte is als 4 : 14 of 1 : 3.5 Deze vergelijking ook als vaststaand te doen gelden voor de renteverzekering zal zonder meer niet opgaan, omdat het percentage der ziektegevallen, dat aanleiding geeft tot invaliditeit, niet bekend is door het ontbreken van een behoorlijke statistiek. Naar deze maatstaf zou de premie 3.5 × ƒ 0.29 = ƒ 1.01^5 bedragen.

Stellen wij ons echter voor, dat op grond van de ervaringen met de invaliditeitsverzekering hier te lande opgedaan van 1919 tot heden, voor deze premie een uitkeering gevonden zou kunnen worden, die aan het wezen der geunificeerde renten niet in den weg zou staan; *onmogelijk lijkt mij dit niet.* Nemen wij dan een oogenblik dit bedrag voor onze berekening, welke zooals is opgemerkt, slechts een *indruk* moet geven, dan komen wij op een gezamelijke premie voor de tijdelijke uitkeering gedurende 26 weken + een renteverzekering na dien tijd van $f\,0.11^5 + f\,0.40^5 + f\,0.29 + f\,1.01^5 = f\,1.82^5$.

Als overgangsbepaling kan men alle bestaande rentetrekkers hun uitkeering laten behouden en deze laten uitsterven. Overigens zullen op 65-jarigen leeftijd alle uitkeeringen volgens deze verzekering moeten ophouden en overgaan in een ouderdomsrente.

Beschouwen wij nu de premie voor de geneeskundige behandeling, dus de contributie voor het ziekenfonds. Er wordt opgegeven, dat voor Amsterdam de gemiddelde weekcontributie per ziel $f\,0.17^5$ bedraagt; voor Deventer is ze $\pm$ 16⅓ ct., voor Utrecht [1] 16.5 ct. In deze plaatsen komt de geneeskundige verzorging der verzekerden het door mij voorgestelde zeer nabij. Doch nemen wij in onze berekening de cijfers aan den hoogen kant, gezien de zeer wisselende plaatselijke toestanden, en stellen de contributie op $f\,0.30$ per ziel per week. Voor een gezin van 5 personen zal dan $f\,1.50$ gestort moeten worden.

De totale weekpremie voor man, vrouw en 3 kinderen, bij een inkomen van $f\,1500.—$'s-jaars komt dan op $f\,1.82^5 + f\,1.50 = f\,3.32^5$, dit bedrag dan onder ongunstige omstandigheden tegenover het zoo economisch mogelijk opgestelde geconcentreerde bedrijf. Na hetgeen hierover gezegd is, zullen wij deze som mogen verminderen Ik zou dan $f\,3.—$ willen nemen.

Met deze verschillende cijfers voor oogen zullen wij ons kunnen afvragen of dit bedrag door de directe betrokkenen, werkgevers en werknemers te zamen, gedragen kan worden, en zoo ja, in welke mate. En dan kan het er bij

[1] Tot 5 Januari '25 was de premie 14.5 ct. per ziel per week; na een geringe verhooging is ze nu 16.51 ct. met volledige klinische hulp. Voor deze laatste plaatsen zouden, zooals reeds gezegd is (blz. 86) de verzekerden zelf de geheele geneeskundige verzorging kunnen dragen.

mij niet in, dat dit niet bestaanbaar zou zijn. Wanneer wij een vergelijking maken met de bedragen, die door de werknemers zelf vrijwillig aan contributie voor fonds en kas worden uitgegeven, en de cijfers daarvoor heb ik in mijn werkkring ter beschikking, dan blijkt wel, dat bijv. een bedrag van ƒ 1.50 hiervan, dus bij een weekloon van ± ƒ 30.— hun draagkracht niet te boven gaat. En denken wij na, wat hiervoor verzekerd zal zijn: Volledige geneeskundige behandeling, ook voor het gezin, en daarbij uitkeering bij ziekten, ongevallen en invaliditeit met event. weduwen- en weezenrente en tegemoetkoming in de begrafeniskosten. Dit wettigt toch wel een offer, ook al moet daar dan nog een bijdrage voor de premie voor ouderdomsrente en werkloozenverzekering bijkomen. Ik geloof, dat velen het met beide handen zouden aangrijpen.

En zullen de bijdragen voor de werkgevers een bezwaar zijn? Zij betalen nu voor de Ongevallenwet, weliswaar verschillende premies, daarbij ook voor de Invaliditeitswet en bovendien dragen velen bij in de ziekenkassen van hun personeel of zijn op andere wijze tegen uitkeering bij ziekte van hun werknemers verzekerd. Wanneer veel omslag door eenvoudiger wetgeving voor hen zal verdwijnen, zullen de indirecte uitgaven voor de sociale verzekering voor hen ook verminderen. Het is een veel verbreide meening, dat de patroons deze kosten toch weer op de loonen verhalen, doch hier kom ik op politiek terrein. Het voornaamste ligt voor mij hierin, dat het mij uit een en ander niet onmogelijk lijkt, dat de verzekering zichzelf zal kunnen bedruipen zonder overheidssteun.

Buning, die ook tot het resultaat komt, dat bij een juiste organisatie en goede controle de bestaansmogelijkheid van één verzekering, die ziekten, ongevallen en invaliditeit tegelijk omvat, praktisch uitvoerbaar is, wil één premie voor de tijdelijke uitkeering en één voor de blijvende renten. Dit laatste lijkt mij een punt van minder belang tegenover de hoofdzaak, of het stelsel in de praktijk mogelijk geacht kan worden; en dan sta ik niet alleen, al zal men natuurlijk met voorbeelden komen, waarin op de bezwaren zal worden gewezen.

In welke mate zal het bedrag der premie over werkgevers en werknemers verdeeld moeten worden? Bij een regeling hiervan zal voorop moeten staan, dat de admi-

nistratie niet te omslachtig wordt, en dan is er gedacht aan bijv. één zakelijke bedrijfsbelasting voor de geheele sociale verzekering, hetgeen wel de eenvoudigste uitvoering zou zijn.

Daar de premie bij meerdere verdienste hooger zal worden alleen door de hoogere bijdrage voor de uitkeering (de contributie voor het ziekenfonds is voor allen gelijk voorgesteld), zou het billijk zijn, dat bijv. boven een bepaald inkomen de bijdrage der werknemers ook evenredig hooger werd. Hoe men de regeling der bijdrage ook wil bepalen, hiermede zal uitdrukkelijk rekening gehouden moeten worden, dat het voor het voor het slagen van den financieelen opzet noodzakelijk is, dat betaling in kleine termijnen plaats heeft. Dit geldt zoowel wat de bijdragen van de verzekerden zelf als die van het bedrijf betreffen. Het groote praktische geheim, dat het geheel geldelijk zal slagen, zit wel daarin, dat men weet verplicht te zijn, bijv. wekelijks iets te moeten afzonderen. Dit heeft er ook niet weinig toe meegewerkt, het kaswezen tot bloei te brengen. Daarbij worde in principe het ophaalstelsel gevolgd (zie ook Treub „Over Sociale Verzekering" l.c. blz. 73 e.v.).

Velen zullen misschien op het eerste gezicht ontkennend het hoofd schudden uit onbekendheid met het ziekenkaswezen, of de onmogelijkheid van het stelsel trachten te bewijzen om persoonlijke belangen. Het is echter de plicht van de overheid, die de sociale verzekering moet vaststellen, in de eerste plaats met de belangen der verzekerden rekening te houden. Hetgeen men in de praktijk ziet van het verzekeringswezen op eigen kracht en organisatie berustend, dan zijn de groote opvoedende waarde, de het verantwoordelijkheidsbesef en den spaarzin aankweekenden invloed, de armenzorg tegengaande werking, die ervan uitgaan, van zoo'n groot moreel belang, zoowel voor de gemeenschap als voor het individu op zichzelf, dat het niet goed te praten valt, dit te willen vernietigen. Integendeel, het behoort de bodem te zijn, waarop de geheele sociale verzekering moet berusten.

Door de verplichte verzekering, die de wetgeving zal opleggen, zullen die eigenschappen nog meer aangekweekt worden, wat in dezen tijd over het algemeen nu niet zoo

geheel doelloos is. De verplichting is noodig, niet voor de goede elementen, maar om de anderen te bereiken. Het gaat er mede als met de verplichte geneeskundige controle voor iedereen; ook hier zullen zij voor wie ze niet noodig is, het zich niet behoeven aan te trekken. Zij, die tegen verzekering op elk gebied zijn, zullen dit dienen aan te toonen en hunne opvattingen zullen geëerbiedigd kunnen worden. Tegen de andere uitersten, de wanbetalers, zullen strafbepalingen gesteld moeten worden, en waar de overheidsvoorschriften tegen hen te kort zullen schieten, zal ook geen hulp, in welken vorm ook, verleend dienen te worden. In het begin heb ik er reeds op gewezen, dat zelfbestuur de wanbetaling veel minder zal maken; dat ook de ondervinding is opgedaan, dat daar waar reeds van ouds het zelfbestuur zich ontwikkeld heeft, de wetgeving desnoods met vrijwillige verzekering alleen zoo goed als allen zal kunnen bereiken.

Tenslotte de kosten, die voor de overheid zullen komen voor het toezicht op en de leiding van het geheel, dat zijn dus de kosten voor de Inspecties op het ziekenfonds- en het ziekenkaswezen, die voor den controleerend-geneeskundigen Rijksdienst en voor de rechtspraak. Wat de beide Inspecties betreft, de begrooting der IIIe Afdeeling van het departement van Arbeid, Nijverheid en Handel zal er niet door verzwaard behoeven te worden. De bedragen, daarop voor 1925 uitgetrokken ingevolge de wet op de Rijksverzekeringsbank (voor controle) en de Radenwet (tractementen voorzitters R. v. A., tractementen en administratiekosten voor den Verzekeringsraad), welke de drie ton overschrijden, zullen ter bestrijding van die uitgaven wel voldoende zijn, als men ze bijv. een oogenblik vergelijkt met de cijfers der Ve Afdeeling, betrekking hebbende op de kosten voor de verschillende Inspecties voor Volksgezondheid (hoofdinspecteurs, inspecteurs, hun toegevoegde ambtenaren en veelhoofdige administratiekosten), die te zamen op een halve ton méér komen.

Bij een vereenvoudigde rechtspraak zullen de uitgaven hiervoor ook niet meer behoeven te zijn. Van belang is alleen de post voor den controleerend-geneeskundigen dienst, welke aan het eind van het derde hoofdstuk op

3½ à 4 millioen is geschat. Nu zullen door de werking van dezen dienst andere bestaande instellingen voor gelijke werkzaamheden kunnen vervallen (die voor overheidsbedrijven, die voor den Pensioenraad). Maar denken wij er aan, dat door het zich „zelf bedruipen" van de algemeene verzekering de Staat hiervoor geen lasten zal behoeven te dragen, hetgeen de uitgaven voor dezen dienst ten goede kan komen.

In het derde hoofdstuk is ook bepleit, dat van dezen dienst gebruik gemaakt zal worden voor andere werkzaamheden, die niet rechtstreeks uit de sociale verzekeringswetgeving voortvloeien, doch er ten nauwste mede samenhangen. Het is niet meer dan billijk, dat hier door de belanghebbende lichamen afzonderlijk voor betaald wordt.

Er zal dan moeten worden ingevoerd één sociale Verzekeringswet, welke om te beginnen ziekten, ongevallen en invaliditeit zal omvatten. Dit zal meebrengen opheffing van de bestaande wetten, met wijziging der Ouderdomsverzekering, en van de bepalingen in het Burgerlijk Wetboek en het Wetboek van Koophandel [1], die met de sociale verzekering samenhangen. Deze nieuwe wet kan en moet zoo eenvoudig mogelijk zijn. Zij omschrijft wie verzekerd zullen zijn; zij maakt de geneeskundige verzorging op breede basis mogelijk, en geeft de algemeene lijnen aan voor de uitkeering. De uitvoering wordt overgelaten aan zelfbesturende instituten, door de verzekerden zelf, die hun eigen bedrijf zullen voeren. Vervolgens wordt de verdeeling der financieele lasten aangegeven, de regeling van het toezicht door de overheid bepaald en de wijze van het Beroep nader omschreven.

Bij algemeene maatregelen van bestuur wordt een en ander nader uitgewerkt, zoodanig dat aanpassing aan de tijdsomstandigheden kan geschieden. Daarnaast worden de verschillende medische Rijksdiensten ter volledige samenwerking in één wetgeving opgenomen, waarbij één controleerend-geneeskundige Rijksdienst wordt ingevoerd.

De werkwijze der Rijksverzekeringsbank wordt veranderd; zij wordt belast met de liquidatie der bestaande

[1] Dit in verband met de Zeeongevallenwet. Vergel. ook Mr. A. Schilthuis. De Oorlogszeeongevallenwet 1915.

bemoeiingen en met mogelijke herverzekeringen. „Voorloopig" belast met de Ouderdomsverzekering, welker opname bij de andere verzekeringen mettertijd, liefst zoo spoedig mogelijk, in uitzicht gesteld wordt. Wordt tenslotte de werkloozenverzekering ook aan de kassen opgedragen, dan zal één sociale verzekering verkregen zijn, waarin bij elkaar gevoegd is, wat nauw bij elkaar behoort.

De regeering beginne de Inspecties voor het fonds- en kaswezen in te voeren, die elk op hun terrein gegevens verzamelen en voorstellen doen inzake de gebiedsverdeeling van het geheele land. Dan worden de verkiezingen voor de verschillende besturen gehouden. Deze zullen binnen een bepaalden tijd met hunne organisaties gereed moeten zijn, welke na de sanctie der Inspecties op een vastgestelden datum in werking zullen moeten treden. In aansluiting hieraan wordt de controleerend-geneeskundige dienst voorbereid.

Zal het nu gewettigd zijn een geheel afwijkend stelsel in te voeren in plaats van voort te gaan op den ingeslagen weg, al gaat deze niet de goede richting uit, alleen maar om geen uitstel der ziekteverzekering te gedoogen? Of zal geleidelijke invoering van het ziekenfonds-ziekenkaswezen het meest gewenscht zijn om bijv. daarin na de ziekteverzekering langzamerhand de andere verzekeringen op te nemen?

Hier kan m.i. slechts één antwoord gegeven worden. Men voere van stonde af aan de allesomvattende wetgeving in. De toevoeging van een nieuw stukje verzekering zal aan het geheel dezer sociale bemoeiingen uiterlijk een meerdere volmaking geven, doch dit is slechts schijnbaar wanneer het innerlijke nader bekeken wordt. Dan twijfel ik er niet aan, of in den loop der tijden zullen allerlei noodzakelijke wijzigingen en veranderingen de ingewikkeldheid nog grooter maken en zal men het betreuren, indertijd niet meerdere eenheid te hebben aangedurfd, toen de gelegenheid er zich beter toe leende. Ook geleidelijke invoering zal de verwarring niet verminderen. Daarbij, met een bepaalde lijn voor oogen en een vasten wil van doorvoeren zal er niet zooveel tijd mede gemoeid zijn om het nieuwe stelsel geheel op te zetten en, wat het voornaamste is, er zal een beter resultaat mede verkregen worden. De onnoodig dure wijze

van uitvoering eener zelfstandige of half gecombineerde ziektewet, hoe die er ook moge uitzien, zal toch niet aan de verwachtingen beantwoorden. Mocht er dan eenigen tijd verloren gaan met de invoering eener wettelijke, allesomvattende regeling, het particuliere initiatief, dat zich zoo lang gered heeft, kan dit gedurende dien tijd ook nog best voortzetten en zich intusschen op de nieuwe taak voorbereiden. Zeker, er zullen enkele belangen moeten worden opgeofferd. Men vrage zich echter slechts alleen dit af: Wat zal op den duur het beste resultaat geven? En dan is het onverantwoordelijk door te gaan met de sociale verzekering op een wijze als thans geschiedt waarbij men in stede van de hoognoodige eenheid eene chaos schept.

Voor het slagen der wetgeving zal van alle betrokkenen in de eerste plaats medewerking noodzakelijk zijn. Wat door minister Aalberse op de algemeene vergadering der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst te Maastricht in 1922 is gezegd: „Als de Regeering den loyalen steun en waardeering der geneeskundigen mist voor het tot stand komen der sociale verzekeringen, is alle moeite half werk", zal voor alle betrokkenen gelden.

Maar niet alleen medewerking, het zal ook als plicht moeten worden opgevat door allen, die op eenigerlei wijze met dezen weldadigen socialen arbeid te maken hebben, welks doel zal moeten zijn zooveel mogelijk geluk aan zooveel mogelijk menschen te verschaffen.

STELLINGEN.

1. Er behoort één Sociale Verzekeringswet te zijn, die ziekten, ongevallen en invaliditeit tezamen omvat.

2. Er zullen moeten worden opgericht gecombineerde „ziekenfondsen-ziekenkassen", aan welke de onafscheidelijk bij elkaar behoorende geneeskundige verzorging en geldelijke uitkeering worden opgedragen.

3. Deze instituten behooren ingericht te zijn volgens het stelsel van zelfbeheer en zullen autonoom hunne beslissingen moeten nemen, onder algemeen voorschrift en toezicht van de overheid.

4. Er dient te worden ingevoerd één gedecentraliseerde controleerend-geneeskundige Rijksdienst, verbonden aan die organen; deze geeft zelfstandig zijn adviezen.

5. Aan dezen dienst zullen ook andere sociaal-medische werkzaamheden, niet rechtstreeks met de wetgeving samenhangend, moeten worden opgedragen.

6. Het is alleszins gewenscht, dat overgegaan wordt tot het instellen van een Staatsdiploma voor heilgymnasten-masseurs.

7. Aan de vroedvrouwen behoort het gebruik van pituitrine wettelijk te worden toegestaan.

8. Bij de bestrijding der diphtherie verwaarlooze men niet, naast de prophylactische entingen, het nemen van algemeene hygienische maatregelen.

9. Bij ontstekingen van de galwegen moet steeds aan de appendix gedacht worden.

10. Bij de tuberculose speelt de dispositie tegenover de expositie de voornaamste rol.

11. Aan de sympathico-hypotonie moet in deze dispositie een belangrijke plaats worden ingeruimd.

12. Het „tuberculan" van Spronck is waarschijnlijk een endogeen toxine van het organisme.

13. De besmettelijkheid van kanker mag niet zonder meer verworpen worden.

14. Bij het vermoeden op aggravatie van een pathologischen toestand wijst phosphaaturie erop, dat niet zoozeer gedacht moet worden aan een bewust erger maken, dan wel aan een overgevoeligheid voor de gevolgen van den ziekelijken toestand.